

## ÍNDICE

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>11</b>
<b>2. ENVELHECIMENTO HUMANO .....</b>	<b>13</b>
2.1. Processo de Senescência.....	13
2.2. Epidemiologia e Transição Demográfica .....	15
2.3. Necessidades em Cuidados de Saúde da Pessoa Idosa .....	17
2.4. Políticas de Saúde/ Respostas Organizacionais .....	19
<b>3. INTERVENÇÕES ESPECIALIZADAS DE ENFERMAGEM À PESSOA IDOSA.....</b>	<b>21</b>
3.1. Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental .....	21
3.2. Contributos do Modelo de Betty Neuman para compreensão da Pessoa Idosa.....	24
3.3. A Promoção da Saúde Mental na Pessoa Idosa .....	25
3.3.1. Estado da Arte.....	26
3.3.2. Intervenções de Estimulação Cognitiva.....	27
3.3.3. Dinâmica de Grupo .....	30
<b>4. CONTEXTOS, MÉTODO E PLANO DE TRABALHO .....</b>	<b>32</b>
4.1. Casa de Saúde da Idanha – Unidade de Gerontopsiquiatria e Reabilitação Cognitiva .....	32
4.2. Fundação D. Pedro IV - Mansão Santa Maria de Marvila .....	36
4.3. Processo de Avaliação Diagnóstica.....	38
4.3.1. Questões Éticas .....	38
4.3.2. Entrevista e Instrumentos Clínicos .....	39
4.3.3. Caracterização dos Idosos e das Necessidades em Cuidados de Enfermagem .....	41
<b>4.4. Protocolo da Intervenção Especializada.....</b>	<b>43</b>
4.4.1. Instrumentos de Avaliação do Processo .....	45

<b>5. RESULTADOS .....</b>	<b>47</b>
<b>5.1. Indicadores de Saúde.....</b>	<b>47</b>
5.1.1. Função Cognitiva .....	47
5.1.2. Ansiedade .....	48
5.1.3. Autoestima .....	49
<b>5.2. Indicadores do Processo .....</b>	<b>50</b>
5.2.1. Interação Social.....	50
5.2.2. Satisfação dos Idosos.....	51
<b>6. ANÁLISE DO PERCURSO .....</b>	<b>55</b>
<b>7. CONTRIBUTOS E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA CLÍNICA .....</b>	<b>58</b>
<b>8. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>59</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>60</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>65</b>

Anexo I: Índice de Barthel

Anexo II: Mini-Mental State

Anexo III: Escala de Ansiedade de Hamilton

Anexo IV: Escala de Autoestima de Rosenberg

## **APÊNDICES**

Apêndice I: Cronograma de Estágio

Apêndice II: Critérios de Avaliação

Apêndice III: Cronograma: Grupo de Estimulação Cognitiva

Apêndice IV: Planeamento da 1ª sessão - *“Apresentar-me e conviver”*

Apêndice V: Planeamento da 2ª sessão - *“O Novo Ano a Chegar!...”*

Apêndice VI: Planeamento da 3ª sessão - *“Par a par vamos jogar!...”*

Apêndice VII: Planeamento da 4ª sessão - *“Órgãos dos Sentidos”*

Apêndice VIII: Planeamento da 5ª sessão - *“Lembranças de uma época...”*

Apêndice IX: Planeamento da 6ª sessão - *“Era uma vez um grupo...”*

Apêndice X: Instrumento de Monitorização da Importância da Sessão

Apêndice XI: Grelhas de Indicadores

Apêndice XII: Instrumento de Monitorização das Atividades de Grupo de Estimulação Cognitiva

Apêndice XIII: Questionário de Satisfação do Cliente

## 1. INTRODUÇÃO

O presente relatório foi elaborado no âmbito do II Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, com a finalidade de apresentar uma reflexão sustentada do percurso de aprendizagem, tendo em vista a aquisição de competências de Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Mental (EEESM). O estágio (Apêndice I) foi desenvolvido nos contextos: Casa de Saúde da Idanha (CSI) e Mansão Santa Maria de Marvila (MSMM).

Este percurso de aprendizagem prendeu-se com o domínio da intervenção de enfermagem na promoção da saúde mental da pessoa idosa (PSMPI) e centra-se na descrição, implementação e avaliação, explicitando as aprendizagens e competências adquiridas e desenvolvidas.

Do processo de envelhecimento demográfico a que se assiste, emergem enormes desafios individuais e coletivos, com tradução no desenvolvimento económico do país, uma vez que ocorrem perdas significativas em vários domínios, que afetam não só a pessoa idosa, a sua família, como a sociedade. Por um lado os idosos são atualmente considerados como grupo vulnerável e são uma prioridade em termos de políticas de saúde por outro lado e, no sentido de obter anos de vida e qualidade de vida, temos como desafio melhorar a prática dos cuidados a esta população.

É importante pensar no envelhecimento de forma a promover a saúde mental, com o desenvolvimento de intervenções direcionadas às necessidades das pessoas idosas.

A metodologia baseou-se na evidência, na experiência profissional de cuidar de pessoas idosas, na experiência de peritos e na necessidade de aprofundar conhecimentos de maior complexidade de forma a adequar a intervenção a esta população ao nível da promoção da saúde mental.

Neste sentido foram traçados como objetivos gerais:

- Conceber, desenvolver e avaliar uma intervenção de enfermagem na PSMPI;
- Expandir perícias e competências de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional.

Como objetivos específicos:

- Desenvolver conhecimentos relativos às intervenções de enfermagem na PSMPI;
- Caracterizar as necessidades da pessoa idosa em relação à promoção da saúde mental;

- Conceber estratégias e instrumentos de suporte ao desenvolvimento da intervenção;
- Avaliar o impacto da intervenção na saúde mental da pessoa idosa;
- Refletir sobre a prática, evidenciando as competências especializadas desenvolvidas.

O relatório encontra-se estruturado em sete capítulos, começa-se pela introdução, de forma a contextualizar a temática e os objetivos traçados.

No segundo capítulo apresenta-se um enquadramento concetual relativo ao envelhecimento humano, abordando o contexto atual, a transição demográfica e as respostas políticas existentes face às necessidades em cuidados de saúde da pessoa idosa.

O terceiro capítulo prende-se com a abordagem das intervenções especializadas de enfermagem à pessoa idosa, competências de EEESM, contributos do Modelo de Betty Neuman para a compreensão da pessoa idosa, promoção da saúde mental, estado da arte, intervenções de estimulação cognitiva e dinâmica de grupo.

No quarto capítulo descreve-se os contextos de cuidados, método e plano de trabalho. Descreve-se os instrumentos de avaliação mobilizados, bem como o protocolo da intervenção de enfermagem na PSMPI.

No quinto capítulo apresenta-se a análise dos resultados obtidos referentes aos indicadores de saúde e aos indicadores do processo, evidenciando-se os ganhos para os idosos.

No sexto capítulo realiza-se uma reflexão sobre a prática de cuidados para a aquisição e desenvolvimento de competências de EEESM.

No sétimo capítulo descrevem-se os contributos e implicações para a prática e seguidamente apresentam-se as considerações finais, salientando os aspetos essenciais.

Por fim, apresentam-se as referências bibliográficas e, seguidamente pela sua pertinência os anexos e apêndices.

## 2. ENVELHECIMENTO HUMANO

O envelhecimento humano adquiriu grande visibilidade, constituindo, atualmente, uma preocupação a nível político e de investigação.

Face a esta realidade é urgente refletir acerca das formas de assistência que promovam a manutenção da qualidade de vida na pessoa idosa<sup>1</sup>, de forma a diminuir a vulnerabilidade física e psicológica. É um dever da sociedade, e das organizações, “contribuir para a dignidade do idoso para que a velhice seja vivida com bem-estar e que o idoso seja sinónimo de sabedoria/conhecimento, enfim, uma pessoa de referência” (Sequeira, 2010, p. 36).

A população idosa demonstra preocupação com as alterações cognitivas, essencialmente as relacionadas com a memória e, tendem a associá-las a uma possível doença, no entanto estas mudanças muitas vezes são inerentes ao processo de envelhecimento (Fernández-Prado, Conlon, Mayán-Santos, & Crego, 2012).

### 2.1. Processo de Senescência

A senescência é o processo natural do envelhecimento, o qual compromete progressivamente aspetos físicos e cognitivos. O envelhecimento é inevitável, faz parte do ciclo vital, fruto da maior longevidade humana, está atualmente associado a maiores índices de dependência. Entende-se como envelhecimento humano o processo de mudança progressiva da estrutura biológica, psicológica e social, que se desenvolve ao longo da vida (DGS, 2004).

O envelhecimento fisiológico compreende uma série de alterações nas funções orgânicas e mentais, fazendo com que o organismo perca a capacidade de manter o equilíbrio homeostático, verificando-se o declínio das funções fisiológicas. Tais alterações têm por característica principal a diminuição progressiva da reserva funcional. A nível percetivo, o envelhecimento afeta significativamente o equilíbrio, audição e visão, acarretando consequências a nível psicológico e social. Estes défices sensoriais parecem causas importantes de declínio geral no funcionamento intelectual (Cancela, 2007).

---

<sup>1</sup> Pessoa idosa – pessoa com 65 anos ou mais anos (INE, 2011)

As alterações corporais inerentes ao envelhecimento têm repercussões psicológicas, verificando-se mudanças, a nível das atitudes e comportamentos. Assim, deve-se ter em conta o equilíbrio entre as limitações e as potencialidades da pessoa, de forma a minimizar as perdas associadas a este processo dinâmico e complexo. Segundo Fonseca (2005), o envelhecimento, deve ser abordado numa perspetiva positiva, ou seja, centrado nas características da pessoa que envelhece, nas medidas preventivas de controlo e redução de perdas.

Sequeira (2010, p. 23) refere que “o envelhecimento psicológico depende de factores patológicos, genéticos, ambientais, do contexto sociocultural em que se encontra inserido e da forma como cada um organiza e vivencia o seu projecto de vida”, encarado numa perspetiva multidimensional.

Decorrentes do envelhecimento surgem as alterações cognitivas que, quando não compensadas com outros mecanismos, interferem na globalidade das funções, evidenciando-se o processamento da informação e a memória de trabalho (Sequeira, 2010). De acordo com o mesmo autor “o declínio das funções cognitivas, associado ao envelhecimento, também está relacionado com factores externos comportamentais, ambientais e sociais” (Sequeira, 2010, p. 6). Na DSM-IV-TR o declínio cognitivo está relacionado com a idade, indicando o funcionamento de pessoas idosas, com alterações cognitivas ligeiras que se encontram dentro dos limites normais para a idade e, que não sejam atribuíveis a uma perturbação do foro médico (American Psychiatric Association, 2000).

As pessoas com défice de memória associado à idade têm idade igual ou superior a 50 anos, queixas subjetivas de perda de memória que afetam atividades da vida diária e, o desempenho em testes padronizados de memória é inferior ao nível médio dos adultos jovens. Assim, estima-se entre 40% para pessoas na década dos 50 anos e, 85% para os que têm 80 ou mais anos (Spar & La Rue, 2005).

As pessoas cujas capacidades cognitivas estejam mais deterioradas do que o esperado para a idade, têm um défice cognitivo ligeiro, em que a área frequentemente afetada é a aprendizagem e memorização de nova informação. Paralelamente podem também existir problemas de linguagem, das capacidades visuo-espaciais ou do raciocínio, sendo frequente uma dificuldade subtil em atividades da vida diária, tais como a gestão dos bens. De acordo com Spar & La Rue (2005) estas dificuldades ocorrem de forma intermitente, podendo ser resolvidas com um esforço suplementar da pessoa ou por

abordagens compensatórias. É através da memória que se constrói a identidade social da pessoa, tendo as reminiscências um elevado valor social e relacional, imprescindível para um envelhecimento saudável. O segredo do envelhecimento foca-se, essencialmente, nas intervenções de índole cognitiva.

O nosso cérebro muda constantemente, como resposta às experiências, mantendo essa plasticidade ao longo do envelhecimento. A neuroplasticidade é um conceito que se assumiu no século XXI, ao estimularmos e exercitarmos o cérebro criam-se novos neurónios, novas conexões sinápticas e nova vascularização, embora mais reduzida no envelhecimento. O treino e a estimulação das capacidades cognitivas preservadas induzem à plasticidade do sistema nervoso (Lima, 2006). Com a estimulação intelectual, física e emocional, o cérebro modifica-se anatómica e funcionalmente e, de facto se a estimulação for mantida aos 80 anos, pode-se ter uma rendibilidade cognitiva que se aproxima da média dos 30 anos, mas tudo depende da exercitação do cérebro (Lima, 2006; Clara, 2011). Torna-se importante ler, estudar, conviver, enfim exercitar o cérebro, para manter a independência e envelhecer de forma ativa e com qualidade.

Para envelhecer com qualidade sob o ponto de vista cognitivo, também se torna importante a manutenção de uma vida social regular, que se relaciona com a “redução de risco de declínio cognitivo e de demência no idoso”, pela estimulação que provoca alterações anatómicas e funcionais cerebrais decorrentes da neuroplasticidade (Clara, 2011, p.42). A nível social, a solidão e o isolamento são os pontos mais preocupantes do envelhecimento, neste sentido deve-se promover atividades sociais em que as pessoas possam ser inseridas, no sentido de contrariar estes aspetos, que têm marcado o envelhecimento em Portugal (Cabral, 2011).

## **2.2. Epidemiologia e Transição Demográfica**

Na Europa e nos países desenvolvidos, a população está a envelhecer, fruto de uma melhor saúde e da esperança média de vida, tendência que se prevê manter e à qual as sociedades precisam de se adaptar (Ekholm, 2010). Segundo os dados divulgados pela Eurostat, o índice de envelhecimento na União Europeia em 2050 será de 223 idosos, por cada 100 jovens (INE, 2006).

Em Portugal, os resultados provisórios dos Censos evidenciam o fenómeno de duplo envelhecimento da população, que se caracteriza pelo aumento da população idosa



e pela redução da população jovem. Portugal apresenta, em 2011, cerca de 15% da população no grupo etário mais jovem (0-14 anos) e cerca de 19% da população com 65 ou mais anos de idade. Este valor contrasta com os 8% existentes em 1960 e, com os 16% da década anterior. Indicam que a relação de masculinidade é de 91,5 homens para 100 mulheres, enquanto em 2001 era de 93,4 homens por 100 mulheres, acentuando-se o predomínio do número de mulheres face ao de homens. Os resultados refletem o perfil demográfico do país, representando o envelhecimento um dos fenómenos mais preocupantes das sociedades modernas do século XXI, com “reflexos de âmbito sócio-económico com impacto no desenho das políticas sociais e de sustentabilidade, bem como alterações de índole individual através da adopção de novos estilos de vida” (INE, I.P., 2011, p. 14).

Na última década, o índice de dependência total<sup>2</sup> aumentou de 48 em 2001, para 52 em 2011, resultado do aumento do índice de dependência de idosos<sup>3</sup> cerca de 21%. O número de famílias institucionais aumentou, na última década, cerca de 24,7%, o que revela o aumento do número de instituições vocacionadas para responder às necessidades de uma sociedade cada vez mais envelhecida (INE, I.P., 2011).

Face aos dados recolhidos no Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006 relativo ao estado de saúde, é de referir que 53,4% da população considerava como “muito bom” ou “bom”, da avaliação por grupo etário verificou-se uma diminuição progressiva na percentagem, que varia de 25%, no grupo de 55-64 anos, até 13%, no grupo de 85 anos ou mais. Em relação à qualidade de vida, aproximadamente, 50% das pessoas a classifica como “nem boa nem má”, sendo que 40,9% das pessoas entre os 55 anos e os 64 anos a consideram “boa” ou “muito boa”. Verifica-se uma diminuição para 35,3% no grupo de 65-74 anos e, para 29,8% no grupo etário com mais de 75 anos (INE/INSA, 2009). Estes dados revelam que as pessoas mais velhas valorizam o investimento em si próprias, nas relações sociais e afetivas e, na promoção de bem-estar físico e psicológico (Ribeiro & Paúl, 2011).

Com o envelhecimento vão ocorrendo perdas, pelo que se torna indispensável reorganizar as redes de apoio informal, mantendo a independência e participação social, dado que são importantes para a saúde mental, satisfação com a vida e envelhecimento ótimo (Sequeira, 2010).

---

<sup>2</sup> Índice de dependência total – Relação entre a população jovem e idosa e a população ativa (INE, I.P., 2011).

<sup>3</sup> Índice de dependência de idosos – Relação entre o número de idosos e a população em idade ativa (INE, I.P., 2011).



As estimativas acerca do envelhecimento demográfico colocam novos desafios à família, vista como a unidade basal da estrutura social, pois assume “um papel fundamental na assistência e na manutenção do idoso no seu contexto habitual” (Sequeira, 2010, p.32). Cuidar de alguém representa um desafio, que envolve longos períodos de tempo dispensados, desgaste físico, custos financeiros, sobrecarga emocional, riscos psicológicos e físicos. Torna-se, assim, fundamental pensar em formas de apoio, face às alterações na estrutura e nas funções da família, necessitando de serem incorporadas nos programas de apoio aos idosos.

### **2.3. Necessidades em Cuidados de Saúde da Pessoa Idosa**

A conceção de necessidades em cuidados de saúde da pessoa idosa apoia-se na compreensão dos problemas, não só de índole médica, mas também de natureza psicológica e social, encarando a saúde não só como o bem-estar físico, mas também o psíquico e o social (Veríssimo, 2006; Lima & Tocantins, 2009). Torna-se importante uma avaliação das necessidades em saúde, numa visão global do complexo bio-psico-social que é a pessoa idosa, tendo em conta a trajetória de vida, que acaba por afetar o seu bem-estar nesta etapa (Chambel, 2011).

De acordo com Tavares, Takase, Chaves, Schmidt, & Guidoni (2009) há grande prevalência de depressão e ansiedade nos idosos que apresentam comorbilidades associadas, sendo a principal o declínio cognitivo.

Um estudo realizado por Lima & Tocantins (2009) revela que os idosos caracterizaram como necessidade de saúde receber alegria, amizade, carinho, conforto, tranquilidade, diminuir a solidão, interação social e, aumento da autoestima.

Desta forma, a compreensão global da enfermagem é fundamental para que se alcance o bem-estar e a saúde do idoso. Os idosos privilegiam a saúde e as relações humanas e, consideram como problemas sentimentos de angústia, tristeza, solidão, depressão, isolamento social e diminuição da mobilidade. O baixo bem-estar pode contribuir para que as pessoas decidam viver em residências ou instituições, em vez da sua própria casa (Eloranta, Arve, Isoaho, Welch, Viitanen, & Routasalo, 2010; Martins, Andrade, & Rodrigues, 2010).

Segundo Ribeiro (2010) as necessidades das pessoas idosas remetem-se para a saúde, interação social e, atividades estimulantes. Sublinha a necessidade de serviços de

saúde mental adequados, pois o isolamento social, bem como as alterações funcionais e cognitivas, podem conduzir à ansiedade, depressão, solidão e dependência.

Variáveis como atitude, saúde (física e mental), grau de independência, influenciam o modo como a pessoa idosa se percebe a si mesma. Com o envelhecimento, surge a perda de papéis sociais, perda de autonomia, o declínio da saúde, o isolamento social e, a diminuição do funcionamento cognitivo, com efeito negativo sobre o bem-estar físico e mental (Townsend, 2011).

O enfermeiro ao compreender as necessidades em cuidados de saúde, mediante a relação estabelecida, pode desenvolver intervenções que conduzam ao bem-estar, favorecendo a relação com o contexto em que a pessoa idosa se encontra inserida. Globalmente, deve direccionar a sua intervenção para a maximização do nível de bem-estar e do grau de autorrealização, ajudando as pessoas e famílias a promoverem a autonomia no que concerne ao seu potencial físico, mental e social.

Das diversas necessidades em cuidados de saúde da pessoa idosa e, tendo em consideração a minha experiência profissional, surgiu o interesse de desenvolver a intervenção de enfermagem na PSMPI, com avaliação relativamente às dimensões: cognição, ansiedade, autoestima, interação social e bem-estar.

A **cognição** é um processo psicológico com características específicas: disposição para manter e abandonar ações tendo em conta o conhecimento da pessoa; processo intelectual envolvendo todos os aspetos da perceção, pensamento, raciocínio e memória (OE, 2006, p. 82).

A **ansiedade** é uma emoção com características específicas: sentimentos de ameaça, perigo ou angústia sem causa conhecida, acompanhados de pânico, diminuição da autoconfiança, aumento da tensão muscular e do pulso, pele pálida, aumento da transpiração, suor na palma das mãos, pupilas dilatadas e voz trémula (OE, 2006, p. 85).

A **autoestima** refere-se à autoimagem com as características específicas: opinião que cada um tem de si próprio e visão do seu mérito e capacidades, verbalização das crenças sobre si próprio, confiança em si, verbalização de autoaceitação e de autolimitação, desafiando as imagens negativas sobre si, aceitação do elogio e do encorajamento, bem como da crítica construtiva (OE, 2006, p. 80).

A **interação social** é um tipo de ação interdependente com características específicas: ações de intercâmbio social mútuo, participação e trocas sociais entre indivíduos e grupos (CIPE, 2002, citado por Sequeira, 2006, p. 223).

O **bem-estar** é entendido como a saúde com as características específicas: imagem mental de se sentir bem, de equilíbrio, contentamento, amabilidade e alegria e conforto, usualmente demonstrada por tranquilidade consigo próprio e abertura para as outras pessoas ou satisfação com a independência (OE, 2006, p. 95).

## 2.4. Políticas de Saúde/ Respostas Organizacionais

As políticas de saúde devem assentar nos princípios da independência, participação e autorrealização da dignidade da pessoa idosa, devendo ser respeitada a diversidade individual, visto ser uma faixa etária ampla e heterogénea (Chambel, 2011).

A abordagem das questões do envelhecimento para a intervenção das políticas públicas tem constituído matéria relevante, nomeadamente nos domínios da dotação de equipamentos sociais e da reforma dos mecanismos de proteção social, designadamente no âmbito das diversas revisões da Lei de Bases da Segurança Social<sup>4</sup>.

Surgiram Instituições Públicas de Solidariedade Social, sem fins lucrativos, com objetivo de dar resposta a situações de carência e desigualdade socioeconómica, de dependência, exclusão social. A ação social destina-se a assegurar a proteção aos grupos mais vulneráveis, onde se enquadram os idosos, com resposta em Equipamentos Sociais<sup>5</sup>.

Já o Plano Nacional de Saúde (PNS) 2004-2010 referia que a situação portuguesa atual, em relação ao envelhecimento, tinha um balanço negativo. Divulgou orientações estratégicas e intervenções necessárias de forma a adequar os cuidados de saúde às necessidades específicas dos idosos. Decorrente deste, surgiu o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, que visava ganhos na qualidade de vida do idoso, bem como a recuperação global destas pessoas prioritariamente no seu domicílio e meio habitual de vida. De acordo com a DGS (2004, p.4), torna-se importante que as políticas permitam o desenvolvimento de ações mais próximas e capacitadoras, face às necessidades das pessoas idosas, de forma a “minimizar os custos, evitar dependências, humanizar os cuidados e ajustar-se à diversidade que caracteriza o envelhecimento individual e o envelhecimento da população”.

<sup>4</sup> XVII Governo Constitucional (2005-2009), Lei de Bases da Segurança Social - Lei n.º 4/2007, de 16 de Janeiro.

<sup>5</sup> Equipamentos sociais: lares, residências, sistema de acolhimento familiar de idosos, sistema de idosos e adultos com deficiência, acolhimento temporário de emergência para idosos, centros de noite, centros de dia, serviços de apoio domiciliário.

As preocupações com o envelhecimento estão também expressas em outras diretivas, como o Pacto Europeu para a Saúde Mental e Bem-estar. Neste documento é referido que “envelhecer pode implicar alguns riscos para a saúde mental e para o bem-estar”, alertando para a necessidade da promoção do envelhecimento ativo e saudável, e nesse sentido é importante a disponibilização de medidas de promoção da saúde mental e bem-estar nos idosos que recebem cuidados médicos ou sociais, tanto na comunidade como em contexto institucional” (WHO, 2008, p. 7).

Os princípios orientadores para o PNS 2011-2016 assentam na promoção da cidadania, na qualidade dos cuidados, no acesso aos cuidados e, nas políticas saudáveis. A integração dos esforços dos vários setores da sociedade, baseada nos princípios orientadores permitirá maximizar os ganhos em saúde. Torna-se imprescindível a identificação dos principais determinantes sociais de saúde, focando-se nas intervenções de promoção de saúde, prevenção da doença, controle e reabilitação, nomeadamente nos idosos (ACS, 2011).

No Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016, as questões do envelhecimento são também contempladas, no sentido de promover e assegurar o acesso equitativo a cuidados de saúde mental de qualidade (ACS, 2008).

Em Portugal, apesar das múltiplas medidas face às pessoas idosas “não existe, ainda, uma estratégia nacional, regional e local, verdadeiramente cimentada, que promova o envolvimento das várias medidas numa perspectiva integrada” (Soeiro, 2010, p. 73). A monitorização da saúde, o suporte social, o apoio familiar e, o apoio formal ou informal são fundamentais para a promoção da saúde e da funcionalidade.

Torna-se “necessário ajudar os idosos a reforçar ou a encontrar um projecto/significado de vida, mesmo em contexto de défices”, investindo portanto na promoção da saúde (Sequeira, 2010, p. 34). O autor refere ainda que, é um dever da sociedade e, em particular das organizações, “contribuir para a dignidade do idoso para que a velhice seja vivida com bem-estar e que o idoso seja sinónimo de sabedoria/conhecimento”, ou seja uma pessoa de referência (Sequeira, 2010, p.36).

### **3. INTERVENÇÕES ESPECIALIZADAS DE ENFERMAGEM À PESSOA IDOSA**

As intervenções de enfermagem são definidas como “qualquer tratamento baseado no julgamento clínico e no conhecimento, que é feito por um enfermeiro para melhorar os resultados do paciente/cliente”, incluindo o cuidado direto e indireto direcionado ao indivíduo, à família e à comunidade (Johnson, Bulechek, Butcher, Dochterman, Maas, Moorhead & Swanson, 2010, p. 12).

As intervenções especializadas à pessoa idosa devem ser direcionadas para a promoção do envelhecimento, que consiste no processo de otimização de oportunidades para a saúde, participação e segurança, para melhorar a qualidade de vida das pessoas que envelhecem (WHO, 2002). Devem ainda ser suportadas numa matriz das preferências individuais, de forma a proporcionar bem-estar emocional e psicológico e, de acordo com as suas necessidades específicas (Sequeira, 2010).

#### **3.1. Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental**

Das competências do EEESM, pretendi evidenciar, o meu desenvolvimento a nível do autoconhecimento e consciência de mim, enquanto pessoa e enfermeira e, a nível da prestação de cuidados de âmbito psicoterapêutico, à pessoa idosa.

Os cuidados de enfermagem têm como finalidade ajudar a pessoa a manter, melhorar e recuperar a saúde, ajudando-a a atingir a sua máxima capacidade funcional o mais rápido possível. De acordo com Regulamento das Competências Específicas do EEESM (OE, 2010) as pessoas a viver processos de sofrimento, alteração ou perturbação mental<sup>6</sup>, têm ganhos em saúde se cuidados por EEESM, reduzindo significativamente o grau de incapacidade que estas perturbações originam. Assim, a enfermagem de saúde mental foca-se na promoção da saúde, na prevenção, no diagnóstico e, na intervenção

---

<sup>6</sup> Perturbação mental ou doença mental – síndrome ou padrão comportamental ou psicológico clinicamente significativo que ocorre numa pessoa e que está associado com uma angústia existente ou incapacidade, ou com o aumento significativo do risco de morte, dor, incapacidade ou perda de liberdade e, que não é apenas uma resposta expectável ou culturalmente sancionável a um acontecimento em particular (American Psychiatric Association, 2000).

perante as respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental.

Como futura enfermeira especialista ambiciono desenvolver competências comuns atribuídas ao enfermeiro especialista e específicas em saúde mental que me permitam tornar perita nessa área.

O EEESM compreende os processos de sofrimento, alteração e perturbação mental da pessoa, bem como as implicações no seu projeto de vida, o potencial de recuperação e, a forma como a saúde mental é afetada pelos fatores contextuais (OE, 2010).

Considerarei que a implementação do projeto delineado fosse promotora do meu desenvolvimento, tencionando deter um elevado conhecimento e consciência de mim enquanto pessoa e enfermeira, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional. Esta competência, segundo o modelo de desenvolvimento profissional do enfermeiro, engloba outras mais específicas, assim pretendi: identificar no aqui - e - agora emoções, sentimentos, valores e outros fatores pessoais ou circunstanciais que pudessem interferir na relação terapêutica com a pessoa idosa e/ou equipa multidisciplinar; gerir os fenómenos de transferência e contra-transferência, impasses ou resistências e o impacto de mim própria na relação terapêutica; manter o contexto e limites da relação profissional para preservar a integridade do processo terapêutico (OE, 2010). De acordo com a Benner (2001), encontrava-me no estado de iniciada avançada.

A nível profissional a prestação de cuidados a pessoas idosas foi uma constante, o que considero um meio promotor para o meu desenvolvimento tendo em conta o grupo alvo. Tenho consciência da facilidade com que estabeleço relação terapêutica com pessoas desta faixa etária. Congruente com os meus valores, durante o percurso profissional, pretendi desenvolver competências de autoconhecimento, bem como o estar em relação com o outro, do modelo existencial-humanista da relação terapêutica. De acordo com o modelo Dreyfus as competências e práticas competentes remetem-se para os cuidados de enfermagem desenvolvidos em situações reais, propondo num “contexto preciso critérios que permitam saber se a pessoa possui qualidades ou traços caracterizadores de competência” (Benner, 2001, p.45).

Perante a minha inexperiência de intervenções em grupo e intervenções especializadas na PSMPI, encontrava-me no estado de iniciada. De acordo com Benner

(2001), o desenvolvimento do conhecimento numa disciplina aplicada consiste em desenvolver o conhecimento prático, fundamentado na evidência e, pelo registo do saber fazer, desenvolvido ao longo da experiência clínica vivida. Assim, pretendi também desenvolver a prestação de cuidados de âmbito psicoterapêutico, à pessoa idosa, mobilizando o contexto e dinâmica individual, e em grupo, de forma a manter, melhorar ou recuperar a saúde. Engloba implementação de intervenções psicoterapêuticas em grupo, centradas nas respostas humanas aos processos de saúde/doença mental e às transições; utilização de técnicas psicoterapêuticas que ajudem a pessoa idosa a fazer escolhas que promovam mudanças positivas no seu estilo de vida e, utilização de técnicas psicoterapêuticas que permitam à pessoa idosa libertar tensões emocionais e vivenciar experiências gratificantes (OE, 2010).

As restantes competências do EEESM também são fundamentais para a otimização da saúde, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto. Considero de elevada importância a avaliação diagnóstica, identificação dos resultados esperados, planeamento, desenvolvimento dos cuidados prescritos e, avaliação do seu impacto na saúde da pessoa.

Pretendi assim desenvolver e refinar as minhas competências relacionais e comunicacionais, bem como a perícia na resolução de problemas que eventualmente pudessem surgir ao longo do percurso de aprendizagem. Para a resolução eficaz de um problema é importante envolver-se e acreditar no que é feito, necessitando de “uma grande sensibilidade e um bom espírito de análise” (Benner, 2001, p.235). Torna-se importante a abertura ao outro, pois aguça a sensibilidade, permitindo reconhecer os sinais, ajudando a encontrar a solução. A perícia depende do envolvimento do enfermeiro na situação. A perita “apreende rapidamente um problema fazendo uma comparação com situações similares, ou contrárias, já vividas”, focando-se apenas nas questões pertinentes (Benner, 2001, p.235).

Com a experiência e o domínio, a competência transforma-se, adquirindo o grau de perito, encarando a prática como um todo integrado que requer que o profissional desenvolva o caráter, o conhecimento e, a competência contribuindo para o desenvolvimento da própria prática (Benner, 2001).

Ao basear a minha praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento, tenciono contribuir para a divulgação do conhecimento, desenvolvimento da prática clínica especializada e, melhoria contínua da qualidade.



### **3.2. Contributos do Modelo de Betty Neuman para compreensão da Pessoa Idosa**

O Modelo de Sistemas de Neuman entende a pessoa como um ser holístico e define-a como cliente/sistema, como um sistema aberto. Neste modelo a pessoa é vista como um ser total, nas suas várias dimensões, em constante e dinâmica interação com as forças ambientais, tendo em conta as variáveis fisiológicas, psicológicas, socioculturais, de desenvolvimento e espirituais (Neuman & Fawcett, 2010).

Os comportamentos da pessoa idosa são influenciados pelo ambiente, no qual vive, desenvolve e interage, modifica-o e sofre a sua influência durante todo o processo de procura incessante do equilíbrio e harmonia. A pessoa nesse processo é sujeito a stressores, que são forças produtoras de tensão e têm a capacidade de causar instabilidade no sistema, só adquirem importância no contexto e nas vivências, por isso terão de ser compreendidos de acordo com a sua percepção.

A saúde é entendida como a estabilidade ideal do sistema ou estado de bem-estar ideal num determinado momento, vista como um contínuo do bem-estar à doença, de natureza dinâmica e constantemente sujeito à mudança. Varia ao longo da vida de acordo com múltiplos fatores, resposta e capacidade de adaptação aos stressores ambientais.

O cuidado de Enfermagem tem como principal objetivo ajudar o sistema de cliente a reter, atingir e manter a estabilidade, através de intervenções intencionais, com vista à redução dos fatores de stress. Deste modo as intervenções de enfermagem devem direcionar-se para o alívio ou redução dos agentes de stress, ou condições adversas, reais ou potenciais. Neste âmbito são considerados três níveis de prevenção: prevenção primária, secundária e terciária. A prevenção terciária tem como objetivo manter o bem-estar, ou seja, manter a reconstituição, o que adquire sentido quando os recursos da pessoa idosa se encontram mobilizados para prevenir reações adicionais aos agentes de stress. A reconstituição é vista como um estado de adaptação do indivíduo aos fatores de stress do ambiente, acontece após a reação do cliente aos agentes de stress e representa, basicamente o retorno e manutenção da estabilidade do sistema.

O Modelo de Sistemas de Neuman ajudou-me a compreender este fenómeno, tendo por base uma abordagem multidimensional da pessoa idosa, com objetivo de atingir o bem-estar ideal.

### 3.3. A Promoção da Saúde Mental na Pessoa Idosa

A Promoção de Saúde Mental (PSM) é um processo de reforço dos fatores protetores que contribuem para o bem-estar. A saúde mental é entendida como a capacidade de cada pessoa sentir, pensar e agir de modo a aproveitar a vida e os desafios. É um componente essencial da saúde e um recurso para ajudar a lidar com as adversidades, pois uma boa saúde mental contribui para a qualidade de vida (Woodhouse, 2010). Assim, a saúde mental é vista como uma adaptação aos agentes stressores do ambiente.

O Modelo Conceptual para a PSM e prevenção da doença mental de D'Amours, Poissant, Desjardins, Laverdure & Massé (2008) combina fatores de promoção do Modelo de Mac Donald e O'Hara e, fatores de prevenção do Modelo de Albee. Baseia-se em aumentar a influência positiva da autoestima, recursos pessoais de base e inclusão social, suporte social e ambientes favoráveis e, ao mesmo tempo reduzir a influência negativa das doenças, o stress, desigualdades socioeconómicas, exclusão social e ambientes desfavoráveis.

Este modelo incide em dez categorias de fatores, sobre os quais é necessário intervir, para a promoção da saúde mental e prevenção da doença mental. Deve-se, aumentar o efeito das três categorias relativas a fatores positivos ou protetores (recursos pessoais de base, autoestima e apoio social) e, reduzir a influência das três categorias de fatores negativos ou de vulnerabilidade (fatores biológicos, stress e diferenças socioeconómicas). Como também, atuar a nível das quatro categorias de factores relacionadas com PSM, ou seja, fortalecer a influência positiva dos ambientes de apoio e, inclusão, diminuir a influência negativa dos ambientes desfavoráveis e, a exclusão social.

A PSM distingue-se da promoção da saúde, pelo enfoque em dois conceitos, sendo estes, o poder e a resiliência. O poder é entendido como o controlo sobre a vida e, a resiliência como a capacidade de gerir ou lidar com a adversidade e o stress, resultando no aumento da capacidade de reagir a futuras adversidades. A resiliência é influenciada pelos fatores de risco e de proteção. Os fatores de risco são variáveis ou características (biológicas ou psicossociais) associadas à pessoa, que a tornam mais vulnerável, nomeadamente, a ansiedade, angústia, depressão, stress, sensação de abandono, abuso e violência. Os fatores de proteção atuam ao nível do bem-estar emocional, com intuito de diminuir a possibilidade de desenvolver perturbação. Podem ser internos (personalidade,

capacidades cognitivas) ou externos (sociais, económicos ou ambientais) e, permitem proteger o bem-estar emocional e social. São apontados como fatores protetores: a resiliência; estratégias de coping; sentimentos de satisfação; autoestima; sensação de bem-estar. Assim, são delineadas três finalidades da PSM, ou seja, o aumento da resiliência e dos fatores protetores, a diminuição dos factores de risco e, a redução das desigualdades, sendo objetivos fortalecer e capacitar as pessoas, famílias e comunidades a lidarem com os acontecimentos do quotidiano (CAMH & Toronto Public Health, 2010).

Segundo Moreira & Melo (2005) considera-se como fatores de risco a perda de relacionamentos, a doença severa, o isolamento social, e a perda de papéis sociais significativos. Por outro lado identifica como fatores protetores o suporte familiar, os pares e relacionamentos informais, bem como serviços de saúde e sociais. Neste sentido, a intervenção com idosos deverá ter como objetivos a prevenção do isolamento, depressão e suicídio; intervenção em crise (luto, institucionalização, reforma), para tal podem ser usadas estratégias como o aumento do suporte social, a introdução e envolvimento em novas atividades, envolvimento familiar e, políticas de apoio social e médico, nos contextos onde estes se encontram.

### **3.3.1. Estado da Arte**

No sentido de encontrar evidência recente acerca das intervenções de enfermagem na PSMPI, foi realizada uma revisão integrativa da literatura e, os autores são unânimes na pertinência da estimulação cognitiva, bem como da interação social, com repercussões na saúde e bem-estar.

O crescente conhecimento acerca da população idosa permite perceber que os clássicos modelos de promoção, prevenção recuperação e reabilitação não se coadunam com as atuais necessidades dos idosos. Das investigações efectuadas, realça-se que as atividades do grupo são eficazes na prevenção do isolamento social dos idosos, constituindo uma oportunidade para conhecer e interagir com outras pessoas (Eloranta et al., 2010).

Pesquisas relativas à estimulação cognitiva como forma de promover a saúde realçam que a interação social e a estimulação estão associadas a menor risco de declínio cognitivo e, aumento do bem-estar (Tavares et al., 2009).

Os programas de estimulação cognitiva são adequados para as pessoas idosas, com benefícios traduzidos na manutenção e até melhoria da capacidade cognitiva, sendo

uma ferramenta de intervenção neste grupo populacional (Clara, 2011; Tardif & Simard, 2011; Fernández-Prado et al., 2012). Os benefícios da estimulação cognitiva vão de encontro à necessidade de desenvolver intervenções dirigidas à pessoa idosa, quer para melhorar ou manter a capacidade cognitiva por mais tempo, quer para minimizar a deterioração dos idosos institucionalizados (Tavares et al., 2009; Fernández-Prado et al., 2012).

A estimulação cognitiva influencia a perceção da qualidade de vida, nomeadamente em relação aos aspetos de saúde, integração social e bem-estar, sendo eficazes na prevenção da deterioração da memória, especialmente da memória recente verbal (Gonçalves, Albuquerque, & Martín, 2008; Novoa, Juárez, & Nebot, 2008; Stinson, 2009; Tavares et al., 2009; Tardif & Simard, 2011; Fernández-Prado et al., 2012). A manutenção da interação social pode reduzir o impacto do declínio das funções cognitivas, pois estimula os processos mentais (Lima, 2006).

Os profissionais de saúde assumem um papel preponderante na promoção do envelhecimento com qualidade, devendo desenvolver estratégias para promover a autoestima, o bem-estar psicológico, o exercício, as atividades cognitivas e, as interações sociais, pela participação em atividades de grupo. Os enfermeiros devem compreender as perceções das pessoas idosas para desenvolverem abordagens mais eficazes, que promovam o bem-estar (Eloranta et al., 2010; Clara, 2011).

### 3.3.2. Intervenções de Estimulação Cognitiva

As intervenções de estimulação cognitiva têm revelado benefícios para os idosos, podendo recorrer-se à Terapia de Orientação para a Realidade (TOR), à Terapia da Reminiscência (TR) e, à música, como ferramentas de intervenção.

A **estimulação cognitiva** refere-se “à estimulação cognitiva e social global do doente, não se focando em aspectos específicos” (Pais, 2008, p. 312). Promove o envolvimento em atividades que visam uma melhoria geral do funcionamento cognitivo e social.

As funções cognitivas não podem ser encaradas como isoladas, mas como um todo em interação. O treino cognitivo tem melhores resultados quando é dirigido a tarefas relacionadas com défices específicos, tais como a atenção, memória ou funções executivas (Pais, 2008; Sequeira, 2010). Tem como pressuposto que, “a prática regular

de determinadas tarefas cognitivas pode melhorar ou pelo menos manter essa função” (Pais, 2008, p. 312).

Tavares et al. (2009) realizaram um estudo acerca dos efeitos de programas de estimulação em idosos institucionalizados (atividades cognitivas e físicas). A vertente da estimulação cognitiva consistiu em atividades lúdicas, dinâmicas direcionadas com a estimulação de diversos processos cognitivos, com jogos de memória e recurso à terapia da reminiscência.

Um estudo realizado por Fernández-Prado, et al. (2012) relativo à influência de um programa de estimulação cognitiva sobre a perceção dos idosos face à qualidade de vida, incluiu a combinação de atividades, estimulando habilidades diferentes na mesma sessão. Todas as sessões seguiram a seguinte estruturação: início – apresentação; primeira etapa - TOR; segunda etapa - dinâmica de grupo; terceira etapa - atividades de estimulação cognitiva; quarta - encerramento, com resumo elaborado pelo grupo acerca das habilidades cognitivas estimuladas.

A **TOR** consiste num conjunto de técnicas simples, proporcionando-se informação básica, que ajuda a pessoa a identificar o tempo, espaço, habitação, clima, nome das refeições, dos participantes, informação pessoal e acontecimentos históricos passados (Guerreiro, 2005; Sequeira, 2010). Tem como objetivo manter a pessoa orientada e evitar a perda de capacidades percetivas. Visa também a reaprendizagem da informação acerca da orientação, de forma a melhorar o sentido de controlo e de autoestima. Deve ser aplicada de modo formal, em sessões diárias, pois proporciona uma melhor eficácia em termos de resultados (Guerreiro, 2005). O autor refere que “esta técnica influencia positivamente o desempenho cognitivo, com maior efeito nas capacidades verbais, e atrasa o declínio da doença em doentes com doença de alzheimer”, considerando-se mais eficaz nas fases ligeira e moderada, sem alterações comportamentais. Acrescenta ainda que noutros estudos “os doentes submetidos à terapia de orientação para a realidade apresentavam melhoria significativa na orientação verbal, na atenção, no interesse pelo ambiente, no nível de interacção social e no funcionamento intelectual” (Guerreiro, 2005, p. 133). Na TOR em grupo, os conteúdos devem ser abordados tendo em conta as capacidades cognitivas dos membros, com recurso, por exemplo, a jornais e à estimulação dos sentidos (Fernandes, 2006). É reconhecido o impacto desta terapia, no entanto é difícil estabelecer a durabilidade e consistência, saber “qual a componente mais eficaz e qual o tipo de cliente que mais beneficia”, no entanto, em estudos realizados

“verificou-se haver ganhos ao nível do desempenho na orientação verbal mas sem generalização a outras áreas, ou com sustentabilidade” (Fernandes, 2006, p. 148).

A **TR** baseia-se na estimulação da memória, sobretudo na memória remota, tem como objetivos “a estimulação das faculdades cognitivas e de reforço dos laços afectivos” (Phaneuf, 2010, p.168). Pretende que as pessoas revivam acontecimentos agradáveis, com melhoria da qualidade de vida, da autoestima, facilitando o interesse pelo contacto social (Sequeira, 2010). Pode ser realizada individualmente ou em grupo, em que as pessoas são encorajadas a falar sobre os acontecimentos de vida, podendo recorrer-se a fotografias, música, vídeos, livros, revistas, jornais e artigos, como estímulos da memória.

Gonçalves et al. (2008), citando vários estudos destaca que na intervenção com idosos, a reminiscência pode ser utilizada como ferramenta para fomentar a adaptação às transições de vida, promover a autoestima e auto percepção de saúde, aumentar o bem-estar e a satisfação de vida, prevenir o aparecimento de sintomatologia depressiva e, atenuar o isolamento social. A TR providencia um espaço para a interação, promove a comunicação, o comportamento adaptativo e a satisfação subjetiva. Não existindo um modelo estrutural, os autores consideram que a sua eficácia depende de quatro fatores, ou seja, da contemplação das especificidades de cada idoso, do estabelecimento de objetivos específicos, da adaptação dos materiais e, da definição criteriosa das estratégias de desenvolvimento e avaliação dos resultados.

Várias pesquisas mostraram melhoria no bem-estar psicológico após intervenções baseadas na TR, pois facilitam a adaptação ao processo de envelhecimento, ajudando as pessoas idosas a relembrar experiências anteriores. A utilização da reminiscência num grupo, baseada no processo de enfermagem, envolve a avaliação individual face aos défices (sensoriais, cognitivos), a informação acerca do início das sessões, definição de objectivos e metas a atingir, sessões com temas específicos e, a avaliação dos benefícios. O terapeuta deverá incentivar e facilitar a interação social, dar feedback acerca da evolução, relembrando o término do grupo. Torna-se importante que as sessões sejam realizadas no mesmo local, dia da semana e hora, para estimular a frequência dos participantes (Stinson, 2009).

A **atividade rítmico-musical** é uma cooperação organizada das faculdades mentais, emotivas e corporais, que se traduzem em ações e cuja experiência é da máxima importância para o desenvolvimento da coordenação, harmonia e, personalidade. Segundo Padovan (2010, p.9) “é uma linguagem do tempo e do espaço, desprovida de



limites e fronteiras políticas e culturais, dando, por isso, a possibilidade de conhecer culturas e expressões de épocas passadas”. Permite a estimulação sensorial, melhora a coordenação segmentar, contribuindo para uma tomada de consciência do próprio esquema corporal. Em relação à função cognitiva, esta atividade favorece a aquisição de conceitos relativos ao espaço e orientação, ao tempo e estrutura rítmica. Paralelamente ajuda a estimular a memória, a atenção, a concentração, permitindo o contacto com a realidade e o reforço da identidade.

Estudos revelam que o uso da música em grupos de idosos é terapêutico, pois facilita a expressão de sentimentos e emoções, promove a integração social, estimula a autoestima, diminui a agressividade, melhora níveis de atenção e concentração, favorece o bem-estar, segurança, relaxamento e harmonia entre a mente, o corpo e, o espírito (Andrade & Pedrão, 2005; Fernandes, 2006; Watzlawick, Beavin, & Jackson, 2007; Cardoso, 2010; Padovan, 2010). O tipo de música torna-se fulcral para o objectivo definido, assim música clássica proporciona relaxamento e bem-estar, diminui a ansiedade e agitação.

De acordo com Cardoso (2010, p.20), nos cuidados geriátricos, os estudos publicados, realçam o seu “papel facilitador da reflexão, comunicação e interacção social, permitindo, muitas vezes, levar a pessoa a rever o passado, levando-a numa viagem de emoções e imaginação”.

### **3.3.3. Dinâmica de Grupo**

A dinâmica de grupo pode ser entendida como “o conjunto de fenómenos que sucedem, quando duas ou mais pessoas se reúnem formando um grupo” (Guerra & Lima, 2009, p. 26). De acordo com Fritzen (2009, p.63), o grupo é “o conjunto de pessoas com algum tipo de interdependência na tentativa de realização de objectivos individuais, com ligações entre elas mediante um objectivo fundamental que lhes é comum”.

A intervenção em grupo surgiu para colmatar a falta de suporte social procurando congrega e promover a coesão e o encontro de pessoas de forma a reconhecerem as similitudes dos seus problemas, sendo uma forma de suporte social alternativo. A intervenção com pessoas que experimentam alterações decorrentes do desenvolvimento do seu ciclo vital tem um efeito terapêutico excelente e, esta abordagem consegue obter



um maior nível de eficácia comparativamente com a individual (Guerra & Lima, 2009; Townsend, 2011).

As pessoas que procuram um grupo terapêutico têm sensivelmente as mesmas motivações e metas a atingir, assim como algumas propriedades únicas: “a necessidade de os seus membros não se sentirem sós e únicos nos seus problemas, necessidade de partilha pessoal, necessidade de crescimento ou mudança” (Guerra & Lima, 2009, p.32). O grupo fechado permite um maior comprometimento e abertura entre os participantes, condição favorável para manter a coesão do grupo, que poderia ser ameaçada com a partida e chegada de novos elementos.

Townsend (2011, p. 169) refere a existência de estudos que evidenciam que “uma composição de 7 ou 8 membros cria um clima favorável para a interação e desenvolvimento de relações ideais entre o grupo”. A autora refere que liderar grupos terapêuticos está no domínio da prática de enfermagem, os enfermeiros devem empenhar-se na expansão do seu conhecimento e, utilizar os processos de grupo como intervenção significativa na enfermagem psiquiátrica.

O terapeuta deve promover a criação de uma atmosfera de confiança, facilitar os processos individuais e os do grupo de modo a favorecer a redução da ansiedade, bem como uma interdependência e abertura progressivas dos membros. Assume funções de reduzir os obstáculos à comunicação, ensinar a dar e receber feedback, ajudar a clarificar e definir os objetivos do grupo, ajudar a avaliar o que vai sendo feito e, estimular a coesão. Torna-se assim imprescindível que o terapeuta possua conhecimento acerca do funcionamento dos grupos, usando uma comunicação direta, simples. Deve procurar perceber quais as expectativas que as pessoas têm em relação à experiência de grupo, de modo a promover a confiança mútua, intervindo de forma espontânea, sem ter medo de revelar os seus sentimentos (Manes, 2001; Guerra & Lima, 2009; Townsend, 2011).

É frequente o uso de quebra-gelo com recurso à música e movimento, pois permite diminuir a tensão psíquica nos momentos iniciais das dinâmicas de grupo, promover a integração dos participantes no grupo; estimular as relações humanas e interpessoais.

A escolha das intervenções em grupo baseia-se em várias razões, pois permite reunir pessoas com necessidades semelhantes que podem apoiar-se mutuamente, sendo uma forma de suporte social, facilita a catarse (livre expressão dos sentimentos e emoções), com benefícios na interação social e, bem-estar.

## **4. CONTEXTOS, MÉTODO E PLANO DE TRABALHO**

O estágio decorreu em dois contextos (Apêndice I): na CSI - Unidade de Gerontopsiquiatria e Reabilitação Cognitiva/Unidade Maria Josefa) destacando-se a aquisição de conhecimentos, treino de habilidades e perícias. Posteriormente, na Fundação D. Pedro IV - MSMM desenvolveu-se a intervenção de enfermagem na PSMPI, sob supervisão da Orientadora Clínica e da Professora, que se descreve de forma sistematizada.

O método utilizado assentou na avaliação diagnóstica (momento 1 – m1), pela entrevista individual de colheita de dados, com a aplicação de instrumentos de avaliação, para caracterização das necessidades em cuidados de enfermagem, das capacidades, interesses e motivações dos idosos. Uma semana após o término da intervenção especializada foi avaliado o impacto na saúde e bem-estar dos idosos (momento 2 – m2).

### **4.1. Casa de Saúde da Idanha – Unidade de Gerontopsiquiatria e Reabilitação Cognitiva**

A CSI pertence à Congregação das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus. Foi fundada em 1894 por S. Bento Menni e é o primeiro Centro Assistencial da Congregação em Portugal. Tem como principais objetivos a prevenção, tratamento e reabilitação de pessoas com problemas de saúde mental e psiquiatria, segundo o “Carisma Hospitaleiro” e, a sua missão é orientada pelo critério da centralidade da pessoa doente (CSI, 2008).

Esta instituição tem capacidade para acolher quinhentas pessoas, distribuídas por nove unidades de internamento, duas residências apoiadas e quatro residências autónomas. Oferece programas de assistência integral, com base no trabalho em equipa, contemplando os aspetos biológicos, psíquicos, sociais, humanos, espirituais e ético-relacionais.

A Unidade de Gerontopsiquiatria e Reabilitação Cognitiva, criada em Junho de 2005, tem uma dotação de vinte e cinco camas: dez camas destinadas a internamentos de idosos para alívio programado da família e quinze camas para internamento de controlo sintomático, sendo a principal tipologia as pessoas com demência. Tem como objectivos: promover uma assistência integral a doentes idosos com doença psiquiátrica;

potenciar a autonomia e integração social dos idosos através de estimulação e reabilitação cognitiva; intervir junto da família enquanto entidade de cuidados.

Neste sentido, esta unidade proporciona aos cuidadores de doentes com demência um internamento por um período de três meses, visando por um lado fortalecer e capacitar a família para voltar a receber o doente em casa, evitando assim a institucionalização e, por outro lado, evitar a morbilidade psíquica reativa dos cuidadores. A família também é alvo dos cuidados nesta unidade, sendo as principais intervenções: o suporte psicológico e a psicoeducação.

Em reunião, a equipa multidisciplinar<sup>7</sup> elabora um plano semanal de intervenções terapêuticas (individuais ou em grupo), tais como orientação para a realidade, estimulação do autocuidado, terapia da reminiscência, estimulação cognitiva, psicomotricidade, estimulação das capacidades linguísticas, estimulação sensorial, psicoterapia de grupo e sessões de cinema/atividade lúdica.

O planeamento da alta inclui o levantamento e articulação com os recursos familiares e com as equipas comunitárias.

A escolha deste campo de estágio prendeu-se com a riqueza de oportunidades de aprendizagem, indo de encontro à finalidade de adquirir e desenvolver competências de EEESM, no âmbito da intervenção especializada de enfermagem, visando a PSMPI. De realçar que a expansão de perícias e competências de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional, foi transversal a todo o percurso de aprendizagem.

Foram traçados os seguintes objetivos específicos:

- Desenvolver conhecimentos relativos às intervenções de enfermagem na PSMPI;
- Caracterizar as necessidades da pessoa idosa em relação à PSM;
- Conceber estratégias e instrumentos de suporte ao desenvolvimento da intervenção.

De referir que estes objetivos foram transversais a todo o percurso de aprendizagem, sendo encarado este estágio como a aquisição e desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e perícias de enfermeiro especialista.

---

<sup>7</sup>Equipa multidisciplinar: um psiquiatra, um médico de medicina interna, enfermeiros, psicóloga, terapeuta ocupacional, psicomotricionista, fisioterapeuta, assistente social, terapeuta da fala e pastoral da saúde.

Na elaboração do projeto de estágio, foram delineadas as seguintes atividades, para este contexto:

- Integração na equipa de enfermagem e equipa multidisciplinar, para posteriormente participar nas intervenções multidisciplinares;
- Prestação de cuidados globais à pessoa e família com doença mental, elaborando o diagnóstico e o plano individual de intervenção;
- Participação nas reuniões de equipa semanais;
- Observação participante de intervenções psicoterapêuticas individuais e em grupo;
- Desenvolvimento das intervenções em co-terapia com a orientadora do estágio/grupo.

É de realçar que foram desenvolvidas outras atividades que contribuíram para o enriquecimento do percurso de aprendizagem:

- Participação numa sessão da Intervenção psico-educativa em grupo (fechado) dirigida a cuidadores de pessoas com demência. Tem como objetivos a capacitação dos cuidadores de pessoas com demência e a prevenção do burnout, para além de proporcionar momentos de partilha de experiências. Foi pertinente pois foram explicitadas as necessidades, bem como as intervenções de PSMPI.
- Visita aos ateliers, com posterior observação participante de algumas sessões em grupo, no Atelier: Oficina de Expressão Musical, que me permitiu adquirir competências e perícias face ao uso da música. As sessões iniciavam-se com TOR, posteriormente, com recurso à música, a estimulação da coordenação motora, capacidade sequencial, estimulação da memória, treino da atenção/concentração, finalizando com exercício de relaxamento.

Ao longo deste estágio, tendo em conta a finalidade procurei sempre momentos de formação:

- Conferência de abertura da Semana da Saúde Mental dirigida aos técnicos da CSI subordinada ao tema: “ **A importância das narrativas na Saúde Mental**”, que me permitiu adquirir conhecimentos sobre psicoterapia, encarada como veículo da reconstrução da narrativa, contribuindo para a PSM.
- **III Jornadas Ibéricas sobre a Doença de Alzheimer**, organizadas pela Alzheimer Portugal - Universidade Católica, que reuniu peritos Portugueses e Espanhóis, as grandes áreas temáticas debatidas foram a Investigação e a Intervenção junto do Doente de Alzheimer. Contribuíram particularmente para a minha aprendizagem os

temas “Linguagem e Comunicação nas demências” e “Estratégias terapêuticas para a cura da doença de Alzheimer”. De forma clara e concisa foram abordados os temas relacionados com a prática baseada na evidência. A prática de cuidados de qualidade e o cuidar centrado na pessoa com demência, envolve o conhecimento científico, farmacológico, tecnológico e a sua história de vida. A escassez de intervenções de PSM é uma realidade face à conjuntura atual e, associada à tendência para o aumento de situações de pessoas com défice cognitivo, urge a necessidade de capacitar profissionais nesta área.

- **Conferência Internacional sobre Enfermagem Geriátrica**, organizada pelo Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa e Fundação D. Pedro IV, versou sobre Investigação e Prestação de Cuidados de Saúde no Envelhecimento. Cabe aos profissionais de saúde procurar uma marca própria de exigência científica, face ao cuidado centrado na pessoa, com a dignidade e o respeito solidário pelos outros, que o ato de cuidar exige.
- **Simpósio “Envelhecimento: Reflexões e Práticas”**, realizou-se na CSI, organizado pela equipa interdisciplinar do Serviço de Gerontopsiquiatria e Reabilitação Cognitiva. Na mesa redonda foram debatidos temas como a PSMPI; aprender a não esquecer, com enfoque nas alterações cognitivas decorrentes do envelhecimento; o tratamento no défice cognitivo ligeiro e na demência que enfoca a reabilitação cognitiva, com recurso à TOR, à TR e ao uso das novas tecnologias (*rehacom e realidade virtual*); a apresentação de casos clínicos e estudos relevantes foram extremamente elucidativos da sua eficácia. É de realçar que se torna difícil caracterizar o envelhecimento para o futuro, no entanto a abordagem centrada na pessoa facilita a melhoria da prestação de cuidados, sendo fundamental investir na promoção da saúde.

A observação das intervenções desenvolvidas pelos diversos técnicos da equipa multidisciplinar, despertou-me para determinantes na intervenção nesta área, nomeadamente, a especificidade da relação de ajuda centrada na pessoa idosa, a abordagem comunicacional com recurso a técnicas como a validação e o feedback positivo na informação partilhada. Adquire igualmente relevância a avaliação prévia e sistemática das necessidades e a sua monitorização no decorrer da intervenção, como aspetos fulcrais para o desenvolvimento bem-sucedido. As intervenções de enfermagem devem ser sistematizadas, personalizadas, direcionadas para os interesses e motivações

das pessoas idosas e, ser estruturadas de forma a promover a progressão e desenvolvimento dos participantes.

Na globalidade as oportunidades proporcionadas pela instituição/unidade/equipa multidisciplinar foram determinantes para o meu desenvolvimento pessoal e profissional. De realçar que as expectativas iniciais foram superadas, pois tinha planeado assistir às intervenções desenvolvidas pela equipa multidisciplinar, com objetivo de adquirir competências no âmbito da intervenção em grupo com pessoas idosas. Propus desenvolver uma intervenção de enfermagem na PSMPI, encarando como contributo efetivo para desenvolvimento pessoal e profissional, pois iria “aprender, fazendo”, sentindo-me apoiada, com suporte e supervisão da Orientadora Clínica, perita na área.

## **4.2. Fundação D. Pedro IV - Mansão Santa Maria de Marvila**

A Fundação D. Pedro IV é actualmente uma Instituição Pública de Solidariedade Social, atuando nas áreas da infância, da habitação social e lares.

A MSMM funciona num edifício centenário, cuja construção remonta ao século XVII. Equipamento da Segurança Social, com acordo de gestão, desde Outubro de 2004, celebrado com a Fundação D. Pedro IV.

A instituição integra uma estrutura residencial para idosos, um lar residencial (para jovens/adultos portadores de deficiência física e/ou mental) e, um serviço de apoio domiciliário, atualmente com lotação de 165 pessoas. A estrutura residencial para idosos é constituída pelo lar de idosos autónomos (3 unidades) e pelo lar de idosos dependentes (5 unidades), com o total de 135 pessoas.

O Lar visa: acolher pessoas idosas ou outras, cuja situação social, familiar, económica e de saúde, não lhes permita permanecer no seu meio habitual de vida; assegurar a prestação de cuidados adequados à satisfação das necessidades, tendo em vista a manutenção da autonomia e independência; prevenir situações de dependência promovendo o desenvolvimento das potencialidades da pessoa idosa e sua autonomia; fornecer o alojamento temporário como forma de apoio à família; contribuir para o processo ativo de envelhecimento através da prestação de cuidados de saúde, apoio psicossocial e criação/manutenção das redes relacionais; implementar respostas de apoio psicossocial às famílias e incentivar a relação inter-familiar e inter-comunitária das pessoas idosas; promover e apoiar iniciativas destinadas à formação de profissionais,

familiares, voluntários e outros membros da comunidade; organizar o funcionamento da resposta social em parceria com os organismos da comunidade.

A MSMM possui uma equipa multidisciplinar constituída por profissionais da área clínica, reabilitação e apoio psicossocial, na totalidade cerca de 130. Os idosos são avaliados pela equipa multidisciplinar e, em função das necessidades e potencialidades, são encaminhados para diferentes atividades individuais e/ou em grupo.

Os técnicos de terapia ocupacional desenvolvem atividades com as pessoas idosas em ateliers (clube de leitura, jornal, grupo de interesse e socialização, jardinagem), dinamizam projetos (“Juntar Gerações” e “Música nos Hospitais”), bem como sessões de movimento e treino de atividades de vida diária.

Na estrutura residencial (lar de idosos dependentes) e lar residencial (idosos autónomos), a população é constituída por pessoas idosas, maioritariamente do género feminino, com idades compreendidas entre 65 e os 98 anos, viúvas, com alterações funcionais e cognitivas. Caracteriza-se pela heterogeneidade face à situação de saúde decorrente do envelhecimento e, concomitantemente patologias do foro psiquiátrico e demências. De acordo com Félix & Mendes (2010) no lar residencial 53% das pessoas não apresentavam défice cognitivo e, 27% apresentava deterioração mental, sendo que os restantes não reuniram condições ou demonstraram disponibilidade para aplicação do Mini-Mental State (MMS). Na estrutura residencial apenas 24% das pessoas não apresentavam defeito cognitivo.

Face às características da população e à escassez de intervenções de enfermagem de PSM, as atividades de estimulação cognitiva são uma necessidade sentida quer pela equipa multidisciplinar, quer pelas pessoas idosas.

Neste campo de estágio, foram traçados como objetivos gerais:

- Conceber, desenvolver e avaliar uma intervenção de enfermagem na PSMPI;
- Expandir perícias e competências de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional.

Para além dos objetivos específicos transversais já mencionados, destaca-se:

- Avaliar o impacto da intervenção na saúde mental da pessoa idosa;
- Refletir sobre a prática, evidenciando as competências especializadas desenvolvidas.



### **4.3. Processo de Avaliação Diagnóstica**

O processo de avaliação diagnóstica doravante designado também como m1, foi realizado com base no exposto no sub-capítulo 3.1 deste relatório e com base nos instrumentos expostos no ponto 4.3.2.

Após a aplicação dos instrumentos procedeu-se à sistematização e análise dos dados, formulando os diagnósticos de enfermagem, baseados na taxonomia CIPE, planos de cuidados individualizados e, planeamento da intervenção em grupo. Para analisar os dados recorreu-se ao software Microsoft® Excel.

#### **CrITÉrios de inclusão**

Foi exposto à equipa de saúde o plano de trabalho e metodologia da intervenção de enfermagem na PSMPI. A constituição do grupo de idosos foi realizada com base na avaliação multidisciplinar e, tendo em conta elementos referenciados pela equipa.

O grupo foi constituído por idosos institucionalizados, de ambos os sexos, que não apresentassem défice cognitivo moderado ou grave e, idosos cujo estado de saúde permitisse participarem na intervenção.

#### **4.3.1. Questões Éticas**

A responsabilidade do enfermeiro perante a comunidade assenta na “promoção da saúde e na resposta às necessidades em cuidados de enfermagem” (OE, 2005, p.83). Na consecução da intervenção de enfermagem na PSMPI, procurou-se conhecer as necessidades do contexto, e especificamente as individuais, utilizando instrumentos adequados, tendo como finalidade a busca de soluções para os problemas detetados, numa abordagem global, contribuindo para a qualidade de vida da pessoa idosa. Foram salvaguardados os direitos da pessoa idosa e respeitados os princípios éticos referentes à beneficência, não-maleficência, justiça e autonomia (OE, 2005).

Na entrevista os idosos foram convidados a participar e esclarecidos, utilizando uma linguagem acessível, apresentando a justificação, objetivos e procedimentos da intervenção; informando-os da liberdade de abandonar o grupo em qualquer momento; garantia do sigilo, assegurando a sua privacidade quanto à informação envolvida, solicitando o seu uso apenas para fins académicos.

Tendo em conta o princípio de autonomia, foi assegurada a participação voluntária na intervenção especializada de enfermagem na PSMPI e obtido o consentimento livre e esclarecido. Ao longo da intervenção foi observado o respeito devido pela dignidade humana, ajudando a pessoa idosa a obter benefícios da intervenção especializada, não causando dano, cuidando tendo em conta a sua individualidade, mantendo a equidade.

A informação considerada relevante, foi transmitida aos enfermeiros de serviço e à enfermeira chefe, no sentido de garantir a continuidade dos cuidados, ou dar resposta a um problema identificado da pessoa idosa.

#### 4.3.2. Entrevista e Instrumentos Clínicos

As entrevistas individuais decorreram nas unidades respetivas dos idosos, tendo em conta a seleção de um local calmo, o mais isento de ruído, assegurando a privacidade e confidencialidade dos dados. A primeira entrevista individual foi muito importante para criar o clima da relação terapêutica com cada pessoa idosa (Phaneuf, 2005). Permitiu o acolhimento, a colheita de dados sociodemográficos de cada idoso e, monitorizar o seu estado de saúde, com a aplicação de instrumentos de avaliação, obtendo informações relativas à capacidade cognitiva e funcional, ansiedade, autoestima, bem como necessidades, motivações e interesses individuais. Estes dados sustentaram a elaboração de planos de cuidados individualizados e a adequação da intervenção especializada a cada idoso, apesar de ser desenvolvida em grupo.

No m1 foram usados os seguintes instrumentos de avaliação:

O **Índice de Barthel** (IB), (Mahoney e Barthel, 1965), validado para a população portuguesa (Araújo et al., 2007), permite a avaliação da capacidade funcional através da análise das 10 Atividades Básicas de Vida Diária<sup>8</sup> (ABVD). É de fácil aplicação e requer pouco tempo, fiável, podendo ser aplicado com frequência, permitindo uma análise longitudinal. Possibilita a cotação entre 0 a 100 pontos, de forma inversamente proporcional ao grau de dependência, tendo os pontos de corte: 100 (independente); 60-95 (ligeiramente dependente); 40-55 (moderadamente dependente); 20-35 (severamente dependente); <20 (totalmente dependente) (Anexo I).

O **Mini-Mental State** (MMS), elaborado por Folstein, Folstein e McHugh (1975), traduzido e adaptado para a população portuguesa por Guerreiro e col. (1994), foi usado

---

<sup>8</sup>ABVD: alimentação; vestir; banho; higiene corporal; uso da casa de banho; controlo intestinal; controlo vesical; subir escadas; transferência cadeira-cama; deambulação.

por ser um instrumento largamente utilizado como medida de avaliação do funcionamento cognitivo. É um instrumento de aplicação isolada ou associada a outros, auxilia no diagnóstico de demência, possibilitando o despiste de défice cognitivo, tendo em conta o grau de escolaridade, no entanto não pode garantir uma indicação precisa acerca do tipo de demência (Grilo, 2009, Sequeira, 2010). O instrumento é de fácil uso e rápido de aplicar, permite a avaliação da orientação, retenção, atenção e cálculo, evocação, linguagem e habilidade construtiva. Para cada resposta correta é atribuído 1 ponto, variando a sua cotação entre 0 e 30. Para a população portuguesa os valores de corte a partir dos quais se considera defeito cognitivo são: analfabetos  $\leq 15$ ; escolarizados com 1 a 11 anos  $\leq 22$ ; com escolaridade superior a 11 anos  $\leq 27$  (Anexo II).

A **Escala de Ansiedade de Hamilton (EAH)**, concebida nos anos 50 por Max Hamilton, é o instrumento mais utilizado para avaliar a ansiedade, de acordo com Chalifour (2008). É simples, prático e fiável, particularmente útil na clínica, pois permite uma avaliação objetiva da ansiedade através das componentes: ansiedade psíquica (humor ansioso, tensões, medos, insónia, disfunção intelectual, humor depressivo) e ansiedade somática (sintomas musculares, sensoriais, cardiovasculares, respiratórios, gastrointestinais, génito-urinários e neurovegetativos). Cada item pode ser cotado numa escala tipo lickert com cinco possibilidades, varia entre mínimo 0 e máximo 4: ausente =0; ligeiramente =1; moderadamente =2; frequentemente =3; muito frequentemente ou incapacitante =4. Obtendo-se os seguintes resultados: ansiedade normal (<12); reação patológica ligeira (>12 e <18); ansiedade patológica moderada (>18 e <25); ansiedade patológica grave (>25). Acima de 20, normalmente, o funcionamento da pessoa é afetado (Chalifour, 2008) (Anexo III).

A **Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR)**, desenvolvida por Rosenberg (1965) é um dos instrumentos mais utilizados para a avaliação da autoestima global, constituída por 10 itens, com conteúdos relativos aos sentimentos de respeito e aceitação de si mesmo. Metade dos itens estão enunciados positivamente, invertendo-se os valores e, a outra metade negativamente. Cada questão tem quatro possibilidades de resposta, varia entre mínimo 1 e máximo 4: concordo completamente =1; concordo =2; discordo =3; discordo completamente =4. A média dos 10 itens dá a cotação da escala cuja pontuação total oscila entre 10 e 40, sendo que a obtenção de uma pontuação alta reflete uma autoestima elevada. De acordo com Sequeira (2006) considera-se a autoestima diminuída

em grau: reduzido (> 30 - <40); moderado (> 20 - <30); elevado (> 15 - <20); muito elevado (> 10 - <15) (Anexo IV).

#### 4.3.3. Caracterização dos Idosos e das Necessidades em Cuidados de Enfermagem

Quanto à caracterização sociodemográfica (tabela 1), o grupo foi constituído por um total de 7 idosos, homogéneo face ao grupo etário, contexto em que insere, necessidades de saúde mental e metas a atingir (estimulação cognitiva, diminuição da ansiedade e isolamento social, promoção da autoestima e bem-estar) e heterogéneo face ao género e vivências, visando uma troca de experiências mais diversificada (Manes, 2001).

**Tabela 1** – Perfil sociodemográfico dos idosos

Idosos	Género	Idade	Estado Civil	Nível de Instrução <sup>9</sup>
1	F	86	Viúvo	Nenhum
2	M	75	Divorciado	3ºciclo
3	F	73	Viúvo	Nenhum
4	M	91	Viúvo	1ºciclo
5	F	88	Viúvo	1ºciclo
6	M	65	Solteiro	2ºciclo
7	F	71	Solteiro	1ºciclo

Segundo a leitura e análise da tabela 1 verifica-se que os idosos apresentam uma idade mínima de 65 anos e máxima de 91 anos, com média de 78,4.

Dos sete idosos, verifica-se que quatro são mulheres, predominando o estado civil de viúvo, seguido do solteiro, apenas um idoso é divorciado. Relativamente ao nível de instrução, a maioria dos idosos tem o ensino básico 1ºciclo completo e, dois não têm qualquer escolaridade.

Na tabela 2 apresenta-se o perfil de saúde dos idosos, os dados apresentam-se em frequências absolutas, devido ao baixo número de idosos (n=7). Da leitura e análise, verifica-se que a maioria dos idosos tem capacidade de realizar de forma independente as ABVD. Três idosos são independentes, dois ligeiramente dependentes, um moderadamente dependente e, apenas o idoso 5 está severamente dependente.

<sup>9</sup> Nível de instrução: nenhum; Ensino básico 1ºciclo; Ensino básico 2ºciclo; Ensino básico 3ºciclo; Ensino secundário; Ensino pós-secundário; Ensino superior (INE, 2011).

A tabela 2 mostra que os idosos não apresentavam defeito cognitivo, uma vez que a pontuação obtida do MMS oscilou entre um mínimo de 18 e máximo de 29, sendo a média das cotações observadas de 25,4. Todavia, é de salientar que todos os idosos tinham áreas cognitivas alteradas, sendo as mais frequentes: orientação no tempo e no espaço, evocação e, habilidade construtiva.

**Tabela 2** – Distribuição das frequências, da avaliação do estado de saúde dos idosos no m1

Idosos	IB	MMS	EAH	EAR
1	100	29	13	35
2	100	29	13	28
3	65	18	24	27
4	100	26	13	36
5	25	27	13	35
6	85	25	13	28
7	40	24	20	27

Em relação à ansiedade, os idosos obtiveram pontuações na EAH compreendidas entre um mínimo de 13 e máximo de 24. A maioria dos idosos manifestava reação patológica ligeira, à exceção dos idosos 3 e 7, que manifestavam ansiedade patológica moderada. Na globalidade a média foi de 15,6 (reação patológica ligeira).

As cotações observadas na EAR, obtidas pelos idosos, oscilaram entre um mínimo de 27 e máximo de 36, com média das cotações de 30,9. Os idosos 1, 4 e 5, obtiveram os valores mais altos, o que indica que apresentam autoestima diminuída em grau reduzido. Todos os outros idosos apresentavam autoestima diminuída em grau moderado.

### Diagnósticos de Enfermagem:

Seguidamente apresentam-se os diagnósticos de enfermagem referentes a cada idoso, baseados em critérios de avaliação (Anexo III; Apêndice II):

- **Idoso 1:** Ansiedade presente, em grau ligeiro; Autoestima diminuída, em grau reduzido; Interação social comprometida.
- **Idoso 2:** Memória a curto prazo diminuída, em grau moderado; Ansiedade presente, em grau ligeiro; Autoestima diminuída, em grau moderado; Interação social comprometida.

- **Idoso 3:** Orientação no tempo e no espaço comprometida, em grau ligeiro; Memória a curto prazo diminuída, em grau moderado; Ansiedade presente, em grau moderado; Interação social comprometida.
- **Idoso 4:** Memória a curto prazo diminuída, em grau moderado; Ansiedade presente, em grau ligeiro; Autoestima diminuída, em grau reduzido; Interação social comprometida.
- **Idoso 5:** Orientação no tempo comprometida, em grau ligeiro; Memória a curto prazo diminuída, em grau moderado; Ansiedade presente, em grau ligeiro; Autoestima diminuída, em grau reduzido; Interação social comprometida.
- **Idoso 6:** Orientação no tempo e no espaço comprometida, em grau ligeiro; Memória a curto prazo diminuída, em grau moderado; Ansiedade presente, em grau ligeiro; Autoestima diminuída, em grau moderado; Interação social comprometida.
- **Idoso 7:** Orientação no tempo comprometida, em grau ligeiro; Memória a curto prazo diminuída, em grau moderado; Ansiedade presente, em grau moderado; Autoestima diminuída, em grau reduzido; Interação social comprometida.

#### 4.4. Protocolo da Intervenção Especializada

O protocolo da intervenção especializada na PSMPI foi desenvolvido num plano de seis sessões estruturadas, com conteúdos temáticos diversos. As sessões foram realizadas semanalmente, com duração de noventa minutos, no espaço destinado para intervenções grupais “sala terapêutica”. Este reunia condições adequadas, sendo um local tranquilo, com mobiliário simples, amplo, com boa luminosidade natural, percecionado pelos idosos como dedicado ao trabalho em grupo.

O protocolo teve como base o racional teórico, exposto no capítulo 3, no sentido de estimular as funções cognitivas e, promover a interação social, bem-estar e autoestima na pessoa idosa.

O uso de mediadores como a música e movimento, da preferência dos idosos, permitiu estreitar a relação entre música e cultura e, música e identidade, pois a música foi o reflexo da identidade dos idosos. Estes recursos facilitaram a relação terapêutica, promoveram a comunicação, o bem-estar, a interação social e, a consciência de grupo.

Foi elaborada uma estrutura base para todas as sessões: 1ª parte - introdução; apresentação individual de cada elemento do grupo; 2ª parte - baseada na TOR; TR; 3ª

parte - avaliação com reflexão e integração do vivido, construção do cartaz e preenchimento do Instrumento de Monitorização da Importância da Sessão e, encerramento da sessão, com a colocação da cartaz na parede da sala terapêutica.

As sessões foram desenvolvidas em co-terapia, tendo assumido a condução de um grupo e co-terapeuta de outro.

Foi elaborado o protocolo de acordo com os objetivos terapêuticos, tendo em conta o tempo e processo de desenvolvimento do grupo, com sessões denominadas: “Apresentar-me e conviver”, “O Novo Ano a Chegar!...”, “Par a par vamos jogar!...”, “Órgãos dos sentidos”, “Lembranças de uma época...” e “Era uma vez um grupo...” (Apêndice III).

A **1ª sessão - “Apresentar-me e conviver”**, teve como finalidade a construção do grupo, explicação das normas, percurso e atividades planeadas no decorrer do grupo terapêutico; a promoção da interação dos idosos e coesão do grupo, do autoconceito positivo no grupo; início da construção da marca simbólica do grupo (cartaz). Finalizada com a reflexão e integração do vivido (Apêndice IV).

A **2ª sessão - “O Novo Ano a Chegar!...”**, foi planeada face a uma alteração identificada, traduzida pela orientação no tempo comprometida. A construção do calendário permitiu exercitar a orientação espaço-temporal, a capacidade de organização sequencial, a evocação das épocas festivas de cada mês e a partilha das vivências mais significativas. Manteve-se a promoção do autoconceito positivo no seio do grupo, da autoestima e autoperceção e, da interação social. Finalizada com reflexão e integração do vivido e, continuação da construção do cartaz (Apêndice V).

A **3ª sessão - “Par a par vamos jogar!...”**, baseada no jogo didático (jogo de tabuleiro, com dado, com áreas temáticas: curiosidades/charadas; gastronomia; provérbios; adivinhas; geografia de Portugal; música tradicional portuguesa). Os idosos constituíram equipas de dois elementos, no sentido de favorecer a interação interpessoal. Estimulou-se as habilidades de comunicação, cooperação, atenção/concentração e memória. Manteve-se a promoção da socialização, do vínculo e melhora do sistema de apoio. Finalizada com reflexão e integração do vivido e o lugar do prazer nas relações com o outro e, continuação da construção do cartaz (Apêndice VI).

A **4ª sessão - “Órgãos dos Sentidos”**, remeteu-se para a capacidade de reconhecimento de frutos, de olhos vendados, com recurso aos órgãos dos sentidos, preparação de uma salada de frutas e saboreá-la. Pretendeu-se, simultaneamente, a



evocação das épocas e locais da colheita dos diferentes frutos e, partilha de recordações. Manteve-se a promoção da autoestima, interação e vínculo e autoperceção e, redução da ansiedade. Partindo dos interesses e motivações individuais, foi eleito em grupo, o filme a visualizar na próxima sessão. Finalizada com reflexão e integração do vivido e o lugar do prazer nas relações com o outro e, continuação da construção do cartaz (Apêndice VII).

A **5ª sessão - “Lembranças de uma época...”**, com a visualização de um filme, teve como finalidade intensificar os vínculos, estimular a comunicação, a socialização e o bem-estar. Nesta sessão estimulou-se a capacidade de atenção/concentração, a memória e promoveu-se a partilha de vivências. Contextualizado o término do grupo. Finalizada com reflexão e integração do vivido e o lugar do prazer nas relações com o outro e, continuação da construção do cartaz (Apêndice VIII).

A **6ª sessão - “Era uma vez um grupo...”**. Na última sessão (encerramento do grupo) fez-se uma reflexão e balanço do percurso individual e do grupo, com evocação dos momentos partilhados no grupo como fonte de bem-estar, reforço das mudanças ocorridas, nomeadamente no autoconceito, autoestima e bem-estar. Foi atribuído um sentido de âncora à construção do álbum pessoal e do término do cartaz. Na avaliação foi elaborada a síntese da sessão, revistos os objetivos, discutidos os resultados alcançados e, transmitido feedback uns aos outros acerca dos progressos individuais dentro do grupo. Foi elaborada a conclusão do grupo, com o jogo “Teia de aranha”, que simbolizou a coesão do grupo e, posteriormente o inverso até ficar totalmente desfeita, simbolizando o término do grupo. Finalizada com a reflexão e integração do vivido ao longo das sessões, promovendo-se a expressão de sentimentos e discussão em grupo dos mesmos (Apêndice IX).

#### 4.4.1. Instrumentos de Avaliação do Processo

Para avaliação do processo foram elaborados e aplicados instrumentos: Instrumento de Monitorização da Importância da Sessão, Grelhas de Indicadores e, Instrumento de Monitorização das Atividades de Grupo de Estimulação Cognitiva.

Uma semana após o término da implementação do protocolo (PSMIP), também designado m2, para além dos instrumentos do m1 foi aplicado o Questionário de Satisfação do Cliente.

O **Instrumento de Monitorização da Importância da Sessão** permite monitorizar a eficácia de cada sessão e, globalmente da intervenção, pela perceção dos idosos, com a seguinte questão: Considera esta sessão importante para a sua saúde e bem-estar? Cota uma escala do tipo lickert (1-5): nada =1, pouco =2, medianamente =3, muito =4, totalmente =5. Em cada sessão, os idosos, individualmente, assinalaram a cotação que melhor traduzia a sua avaliação. Optou-se por não identificar cada idoso no instrumento, expressando sem constrangimentos a sua avaliação (Apêndice X).

No planeamento de cada sessão, foram elaboradas **grellhas de indicadores**, baseadas nos objetivos específicos, fundamentadas na Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC). Preenchidas após o término de cada sessão, permitiram avaliar a evolução de cada idoso, bem como do grupo, aferindo e adequando a intervenção, face às necessidades identificadas (Apêndice XI).

O **Instrumento de Monitorização das Atividades de Grupo de Estimulação Cognitiva** permitiu a avaliação individual de cada idoso e, a avaliação global do processo, de forma quantitativa e qualitativa, preenchido após o término da cada sessão. Este instrumento possibilitou a identificação das necessidades de cada idoso, em cada sessão, facilitando a individualização da intervenção da terapeuta. É constituído por 10 itens: adesão, atenção/concentração, participação, satisfação, interação, comportamento, discurso (conteúdo, fluência, organização), compreensão, memória (imediata, recente, remota), orientação (pessoal, temporal, espacial). Perante o diagnóstico de enfermagem de interação social comprometida, foram considerados como pertinentes os seguintes itens: adesão, participação, interação, comportamento e discurso (Apêndice XII).

O **Questionário de Satisfação do Cliente** foi traduzido e adaptado de CSQ-8 Attkisson (1979), a partir da versão francesa (Charnbon, 1992), constituído por oito questões, sendo assinalada a resposta que melhor traduz a opinião, permitindo melhorar a intervenção, com espaço para comentários e sugestões. A cotação oscila de 1-5, numa escala do tipo lickert, correspondendo: nada/nunca =1, pouco =2, moderadamente =3, muito =4, totalmente/sempre =5. Permitiu conhecer a satisfação de cada idoso e globalmente do grupo, face a vários indicadores, que foram agrupados em 3 domínios: Qualidade do Atendimento - QA (questões 1, 5 e 7); Adequação às Necessidades - AN (questões 2 e 3); Impacto Positivo na Saúde - IPS (questões 4, 6 e 8) (Apêndice XIII).

## 5. RESULTADOS

Os resultados servem como o critério base, para o julgamento do sucesso da intervenção especializada, sendo um estado, comportamento ou percepção, avaliado ao longo do tempo, em resposta a uma intervenção de enfermagem (Johnson, et al., 2010).

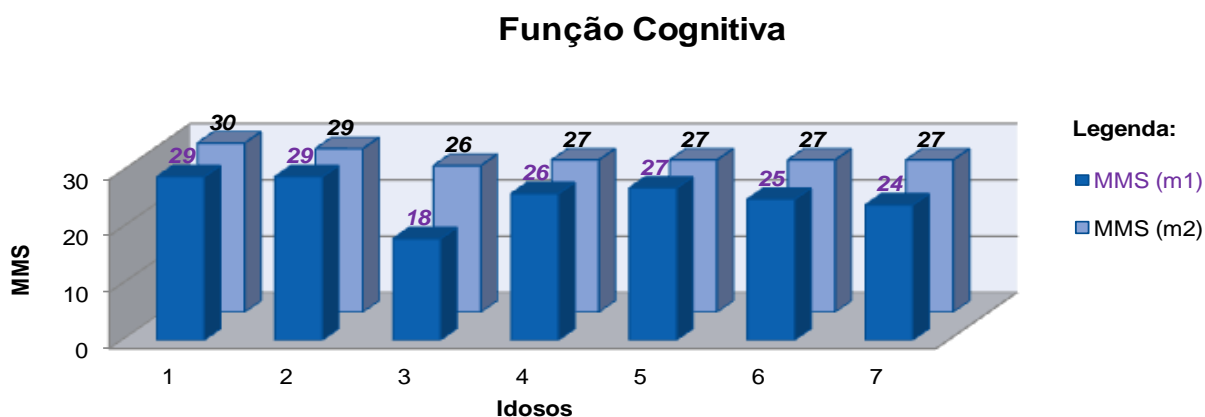
Os resultados apresentados seguidamente remetem-se para a monitorização efetuada no momento 1 (m1), ao longo da implementação da intervenção especializada de PSMPI e, no momento 2 (m2). A análise dos indicadores de saúde e do processo evidencia o impacto da intervenção na saúde mental da pessoa idosa.

### 5.1. Indicadores de Saúde

Apresentam-se seguidamente os resultados dos indicadores de saúde: função cognitiva, ansiedade e autoestima.

#### 5.1.1. Função Cognitiva

Da leitura e análise do gráfico 1 verifica-se que a média das cotações obtidas, no MMS no m1, foi de 25,4, verificando-se um aumento no m2, para 27,6. Na globalidade verifica-se que todos os idosos aumentaram a cotação no MMS, à exceção do 2 e 4 que mantiveram.



**Gráfico 1** - Distribuição da cotação obtida no **MMS** por idoso, no m1 e no m2

A maioria dos idosos (3, 4, 5, 6) manteve o diagnóstico de enfermagem: memória a curto prazo diminuída, em grau moderado, e para dois (2, 7) verificou-se uma melhoria

significativa expressa pelo diagnóstico: memória a curto prazo diminuída, em grau reduzido.

O idoso 1 aumentou o nível da habilidade construtiva, expressa na alteração da cotação do MMS.

O idoso 2, apesar de ter mantido a cotação, melhorou na evocação, globalmente verificou-se uma melhoria traduzida pelo diagnóstico: memória a curto prazo diminuída, em grau reduzido.

O idoso 3, foi o que mais incrementou a orientação no tempo e no espaço, atenção e cálculo e, evocação.

O incremento do idoso 4 foi devido a melhorias ao nível da evocação.

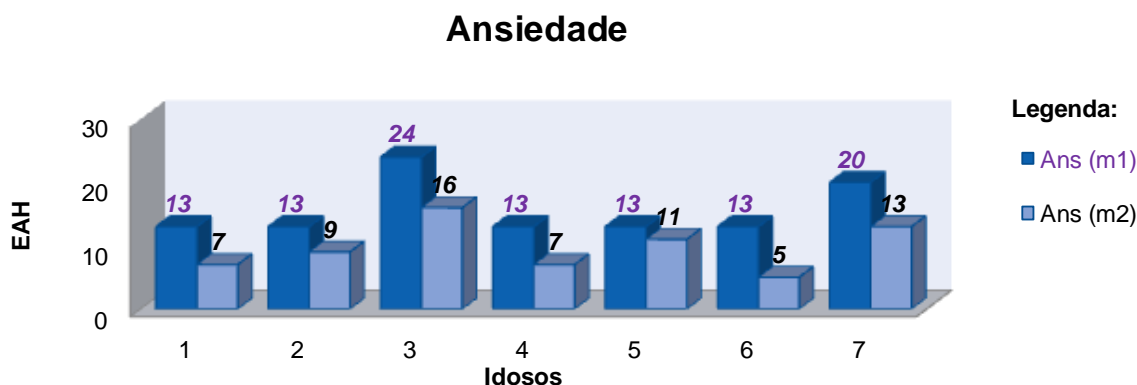
O idoso 5 apresentou melhoria na orientação no tempo, mas verificou-se uma diminuição da cotação ao nível da linguagem e habilidade construtiva. No m2, apresentava alteração do seu estado de saúde, sendo evidente maior debilidade.

O idoso 6 também incrementou na sua orientação no tempo e no espaço. Por fim, o idoso 7 demonstrou melhoria ao nível da orientação no tempo, atenção e cálculo e evocação, traduzida no diagnóstico: memória a curto prazo diminuída, em grau reduzido.

Salienta-se que os ganhos mais significativos ocorreram nas áreas de orientação e evocação, reforçando a necessidade de desenvolver intervenções especializadas, baseadas na estimulação cognitiva, direccionadas às necessidades individuais.

### 5.1.2. Ansiedade

Da leitura e análise do gráfico 2 verifica-se que todos os idosos baixaram as cotações da ansiedade. A média das cotações no m2 diminuiu para 9,9, relativamente ao valor médio de 15,6 do m1.



**Gráfico 2** - Distribuição da cotação obtida na **EAH** por idoso, no m1 e no m2

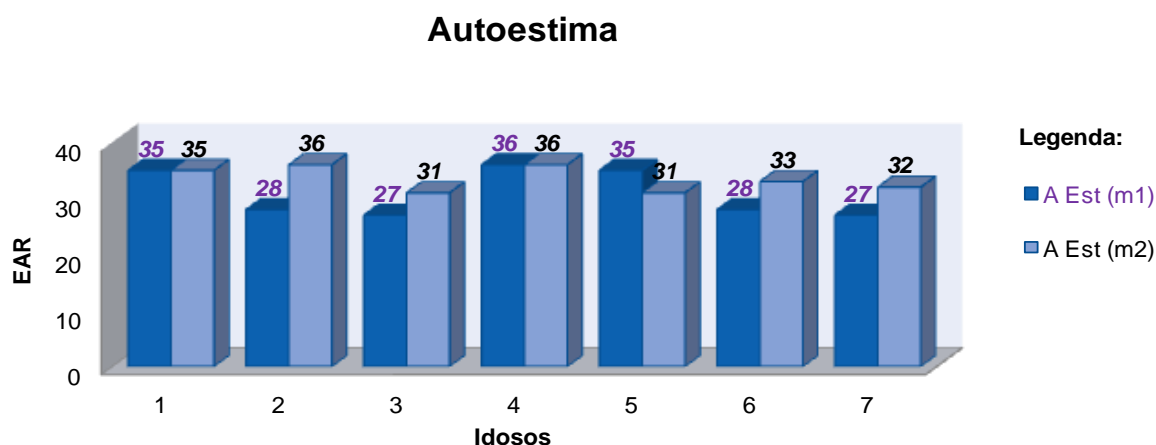
No m1, os idosos 1, 2, 4, 5, 6, apresentavam reação patológica ligeira, diminuindo no m2 para ansiedade normal.

Os idosos 3 e 7 com ansiedade patológica moderada no m1, diminuíram para valores expressos no diagnóstico de enfermagem: ansiedade presente, em grau ligeiro.

A diminuição da ansiedade pode ser explicada pela estimulação cognitiva, mas também pela intervenção especializada ter sido realizada em grupo, o que favoreceu a interação social.

### 5.1.3. Autoestima

Da leitura e análise do gráfico 3 verifica-se que a maioria dos idosos incrementou a autoestima. No m1 o grupo apresentava uma média de 30,9, tendo-se verificado incremento para 33,4 no m2. Todos apresentavam, no m2, o diagnóstico: autoestima diminuída, em grau reduzido.



**Gráfico 3** - Distribuição da cotação obtida na **EAR** por idoso, no m1 e no m2

Destacam-se os idosos 2, 3, 6, 7, que apresentavam na avaliação diagnóstica (m1): autoestima diminuída, em grau moderado e, passaram para grau reduzido.

Apenas o idoso 5 registou uma diminuição na cotação, que se relacionou com o agravamento do seu estado de saúde física (síndrome gripal).

O aumento da autoestima pode ser explicado pelas atividades de estimulação cognitiva, mas também pela intervenção em grupo.

## 5.2. Indicadores do Processo

Apresentam-se os resultados da monitorização do processo, com base na interação social e na satisfação percebida pelos idosos.

### 5.2.1. Interação Social

Durante a entrevista inicial, o isolamento social foi referido por todos os idosos como a maior dificuldade sentida na instituição e, comprovada pela observação efetuada. Verbalizaram reduzida interação com os idosos da instituição, com os familiares e, reduzida participação em atividades sociais. Pretendeu-se favorecer a interação social dos idosos que residissem em unidades distintas (lar de idosos dependentes e autónomos) e, que a experiência do grupo fosse encarada como um recurso pessoal.

O protocolo da intervenção foi elaborado no sentido de ir de encontro à necessidade, estimulando a interação social através da promoção de ações de intercâmbio social mútuo, participação e trocas sociais entre os idosos (Sequeira, 2006).

Para a avaliação da interação social, foram considerados os parâmetros: adesão, participação, interação, comportamento e discurso, do Instrumento de Monitorização das Atividades de Grupo de Estimulação Cognitiva (Apêndice XII), descritos na tabela 3.

**Tabela 3 – Média obtida por idoso e por parâmetro do Instrumento de Monitorização das Atividades de Grupo de Estimulação Cognitiva, nas seis sessões (n=6)**

<b>Idosos</b>	<b>Adesão</b>	<b>Participação</b>	<b>Interação</b>	<b>Comportamento</b>	<b>Discurso</b>
<b>1</b>	2	3	4	4	2
<b>2</b>	2	3	4	4	2
<b>3</b>	1,8	2,5	3,7	4	1
<b>4</b>	1,8	3	4	4	2
<b>5</b>	1,7	2,8	4	3,7	2
<b>6</b>	2	2,8	3,7	4	0,9
<b>7</b>	2	2,8	3,7	4	1
<b>Média global</b>	<b>1,9</b>	<b>2,9</b>	<b>3,9</b>	<b>4,0</b>	<b>1,6</b>

Da leitura e análise da tabela 3, verifica-se que ao longo das sessões a Adesão aproximou-se na maioria do seu máximo, pois este parâmetro cota de 0=recusou participar na sessão até 2=aderiu espontaneamente, sendo a média global obtida (ou seja do grupo) de 1,9. Salienta-se que os idosos 3, 4 e 5 necessitaram de persuasão em algumas sessões devido ao estado de saúde.

No parâmetro Participação cotada num intervalo de 0=não houve resposta até 3=participa ativamente sem necessidade de motivação, expressa com média global de 2,9, muito próximo do seu máximo possível (3). Os idosos 3, 5, 6 e 7 em algumas sessões necessitaram de motivação para participarem ativamente.

Na Interação, cotada de 0=condutas perturbadoras da sessão a 4=interação espontânea, a média global das cotações também se aproximou do seu máximo (4), com 3,9. Os idosos 3, 6 e 7, nas duas primeiras sessões apenas respondiam aos outros membros do grupo, verificando-se um incremento nas sessões seguintes traduzido pela interação espontânea, justificando este motivo os valores obtidos.

Também o parâmetro Comportamento é cotado de 0=bradicinésia a 4=adequado. Os idosos apresentaram comportamento adequado ao longo das seis sessões, obtendo cotação máxima, com exceção do idoso 5, que na primeira sessão demonstrou inquietação.

No parâmetro Discurso, cotado de 0=pobre a 2=elaborado, a média global das cotações foi de 1,6, a maioria dos idosos apresentava discurso elaborado. O idoso 6 registou a média das cotações mais baixa, apesar de ser o que tinha maior nível de instrução (2º ciclo), seguindo-se dos idosos 3 e 7, com nenhum nível de instrução e 1º ciclo, respectivamente, que apresentaram discurso normal.

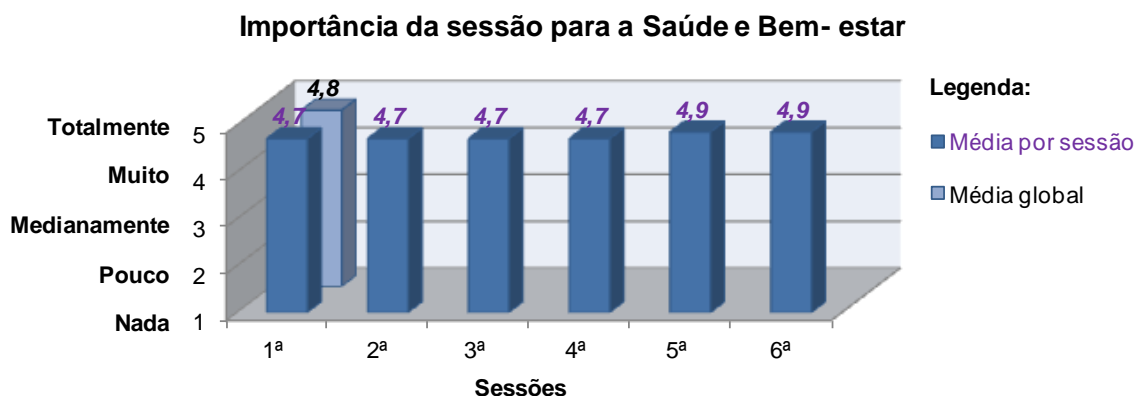
Os idosos 3, 6 e 7 necessitaram de uma intervenção individualizada nas primeiras sessões, repercutindo-se a sua evolução nas sessões seguintes, tanto a nível da Participação como da Interação.

### **5.2.2. Satisfação dos Idosos**

A análise do gráfico 4 mostra que todos os idosos consideraram as sessões, como muito ou totalmente importantes para a sua saúde e bem-estar. A média das cotações obtidas foi constante, com valor de 4,7, da 1ª à 4ª sessão. Nas duas últimas sessões a média atingiu um valor muito próximo do máximo possível, com 4,9. À exceção de um

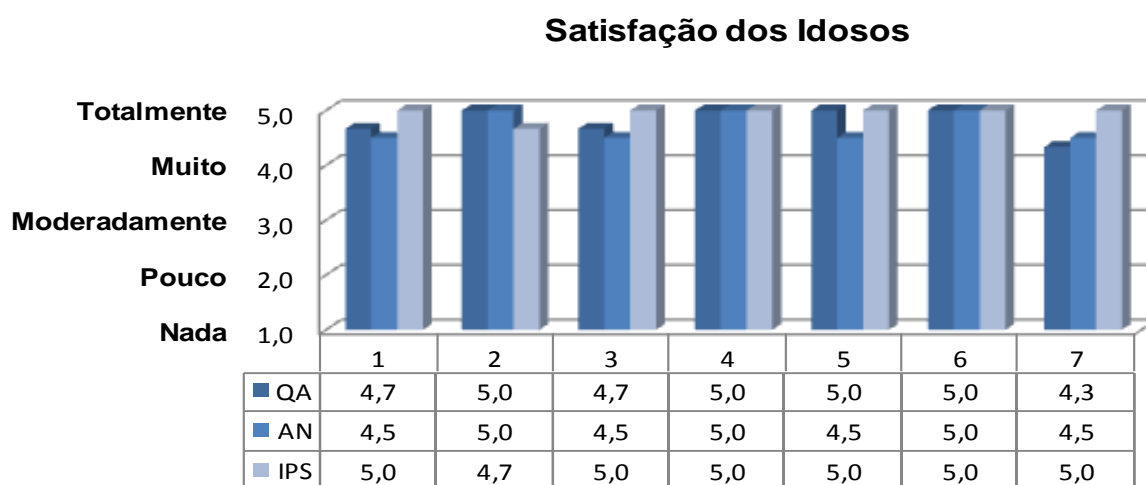


idoso, todos consideraram estas duas sessões como totalmente importantes para a sua saúde e bem-estar. Na globalidade, a importância dada à intervenção de enfermagem PSMPI, apresenta uma média global de 4,8.



**Gráfico 4** – Distribuição da cotação obtida pelos idosos no **Instrumento de Monitorização da Importância da Sessão**, em cada sessão

No gráfico 5 apresenta-se a satisfação percebida pelos idosos, avaliada pelo Questionário de Satisfação do Cliente, tendo em conta indicadores específicos, agrupados nos domínios: Qualidade do Atendimento (QA); Adequação às Necessidades (AN); Impacto Positivo na Saúde (IPS).



**Gráfico 5** – Distribuição da cotação obtida por idoso, por domínio, no **Questionário de Satisfação do Cliente**, no m2

Da leitura e análise do gráfico 5, verifica-se que para todos os idosos a satisfação está compreendida entre muito e totalmente nas três dimensões. Verifica-se que a

dimensão mais valorizada foi o impacto positivo na saúde, com seis idosos totalmente satisfeitos. Na dimensão adequação às necessidades apenas três idosos estavam totalmente satisfeitos e, quatro muito satisfeitos. Considera-se que a relação terapêutica estabelecida ao longo da intervenção influenciou positivamente os resultados.

A satisfação percebida pelos idosos também foi expressa ao longo das sessões com frases ilustrativas das quais se destaca: *“senti alegria e prazer pelo convívio”*; *“é importante estarmos aqui, estávamos isolados e, isto ajuda-nos a desenvolver o cérebro”*; *“diverti-me a relembrar coisas que já estavam esquecidas”*; *“estar bem-disposto dá-nos saúde”*.

Emergiram sentimentos de autovalorização: *“afinal fui capaz”*; *“recordei as tradições da minha terra”*; *“afinal ainda nos lembramos do cheiro e do sabor”*.

O grupo foi encarado como fonte de suporte e bem-estar: *“os encontros são importantes, convivemos, falamos das nossas vivências e fazem-me sentir bem”*; *“ao relembrarmos vêm as emoções de como o vivemos”*.

Valorizaram a interação e trocas afetivas que foram surgindo fora da sala terapêutica, referindo *“agora já falo mais com os outros e sinto-me bem”*; *“lá fora já nos encontramos e convivemos”*.

Verbalizaram expressões como: *“estou melhor da memória”*; *“ganhei amizade com outras pessoas”*; *“gostei muito de estar aqui, fez-me bem”*; *“foi bom o convívio para estimular o cérebro”*.

Os idosos expressaram interesse na continuidade das sessões, neste sentido foi transmitida a informação à Enfermeira chefe e ao diretor da MSMM.

Em síntese, os idosos verbalizavam em cada sessão o que mais valorizaram e como se sentiam, ressaltando o bem-estar e satisfação pois as atividades iam de encontro às suas necessidades, dando maior importância às dimensões: cognição, interação social e bem-estar.

### **Espaço da relação com o grupo**

O grupo assumiu progressivamente diversas funções como a de suporte, recurso, socialização, a aceitação, e a catarse, emergindo um sentimento de segurança do envolvimento e coesão.

Face às características e recursos individuais, o ambiente criado favoreceu a partilha de vivências, deixando fluir os sentimentos e emoções, assumindo assim o grupo

o poder de oferecer a atitude terapêutica, em que cada idoso foi compreendido e aceite pelos restantes membros do grupo.

Emergiram espontaneamente relações afetivas e fortaleceram-se as interações fora do espaço do grupo, tornando cada pessoa mais disponível para o estabelecimento das relações interpessoais.

Como terapeuta promovi a criação de uma atmosfera de confiança, através de atitudes de solicitude, interesse e autenticidade, o que facilitou a redução da ansiedade, bem como uma interdependência e abertura progressiva dos membros. Mobilizei-me na redução dos obstáculos à comunicação clarificando os objetivos do grupo, pertinência da intervenção e, do feedback enquanto processo promotor da mudança, no sentido de incrementar a responsabilização pela sua saúde mental e bem-estar.

A abordagem humanista facilitou o desenvolvimento pessoal, pois foi valorizado o intrapessoal, as necessidades individuais a nível de segurança, de aceitação, que se repercutiu no estabelecimento da interação social. O feedback transmitido pelos idosos indicou que a intervenção em grupo lhes proporcionou momentos de alegria e prazer, pelo relembrar de acontecimentos passados e reviver os sentimentos.

Em síntese, o espaço da relação terapêutica contribuiu de forma eficaz para o aumento da saúde mental dos idosos, especificamente na redução da ansiedade, aumento da autoestima, interação social e bem-estar. Para resolução do problema identificado do isolamento social, os idosos sugeriram a criação de um espaço, onde pudessem conviver, evidenciando o desejo de manter as relações e estabelecer outras. Ao longo da implementação da intervenção verificou-se que os idosos assumiram a responsabilidade pela sua saúde e bem-estar, reconhecendo a importância da estimulação cognitiva.

Globalmente, os ganhos em saúde observados nos idosos vão de encontro à evidência e aos resultados esperados.

## 6. ANÁLISE DO PERCURSO

Neste percurso de aprendizagem surgiram desafios que encarei como elementos norteadores de uma procura incessante de conhecimento, que se repercutiu na prática de cuidados, no desenvolvimento da intervenção de enfermagem na PSMPI. De modo geral, o estágio afigura-se como muito positivo e recompensador. Contudo a limitação temporal não permitiu a avaliação a médio e longo prazo do impacto da intervenção especializada de enfermagem, neste sentido sublinho a importância de se realizar um estudo de investigação.

As dificuldades com que me deparei foram inerentes à minha inexperiência em intervenções em grupo, que encarei não como limitação, mas como um desafio de aprendizagem, tendo contribuído para o meu desenvolvimento não só profissional, mas também pessoal.

Segundo Benner (2001) a “aquisição de competências baseada na experiência é mais segura e mais rápida se assentar sobre boas bases pedagógicas” (Benner, 2001, p.23). Para além da evidência científica, torna-se importante o contributo da experiência de peritas. O primeiro campo de estágio promoveu a aquisição de conhecimentos relativos à pessoa idosa e o treino de intervenções especializadas, que permitiu no segundo campo de estágio intervir de forma mais competente, no desenvolvimento de intervenções adequadas à otimização da saúde mental nesta etapa de vida. De acordo com Benner (2001, p. 37) “as experiências concretas passadas guiam assim as percepções e os actos do perito e permitem-lhe apreender rapidamente a situação”.

Na prática de enfermagem de saúde mental as competências de âmbito psicoterapêutico, possibilitam ao enfermeiro desenvolver um juízo clínico singular e, assim uma prática distinta das outras áreas de especialidade (OE, 2010).

O processo de avaliação diagnóstica dos idosos passou pela recolha de informação necessária e pertinente à compreensão do estado de saúde dos idosos, neste sentido recorri à entrevista e à mobilização de instrumentos clínicos. Na avaliação global identifiquei os fatores promotores e protetores do bem-estar e saúde mental (autoestima), bem como os fatores de risco (ansiedade). A identificação das necessidades específicas dos idosos permitiu-me estabelecer o diagnóstico relativo à sua saúde mental, elaborar e implementar o plano de cuidados individualizado, utilizando o sistema CIPE e, monitorizar os resultados esperados, com indicadores de saúde mental.

A intervenção especializada permitiu a libertação de tensões emocionais, a vivência de experiências referidas pelos idosos como gratificantes e, simultaneamente promoveu mudanças positivas no seu estilo de vida. Para tal, criei e mantive o ambiente terapêutico e mobilizei técnicas psicoterapêuticas como a reminiscência, a orientação para a realidade, com recurso a mediadores como a música e movimento, estimulando diversas áreas cognitivas.

Desenvolvi competências relativas à função de ajuda, numa abordagem sistémica da pessoa idosa, que se refletiu pela compreensão dos idosos, acerca do seu estado de saúde. Considero que otimizei a participação dos idosos, baseada na presença (o estar com a pessoa), no toque e apoio afetivo, favorável à comunicação, agindo como mediador psicológico e cultural, tendo em conta a sua singularidade. A criação de uma atmosfera de confiança catalisou as relações interpessoais e, contribuiu para a saúde mental dos idosos.

Em relação ao domínio de função de guia, ajudei a pessoa idosa a potenciar as suas capacidades, bem como alcançar novas perspetivas no sentido de “continuar a levar uma vida activa e aceitável”, perante a situação atual (Benner, 2001, p. 106).

Para a aquisição de competências a nível da intervenção em grupo, senti necessidade de compreender o funcionamento de um grupo, os processos que emergem nos grupos, adquirindo conhecimentos teóricos que sustentaram a minha prática, sentindo-me mais segura.

Ter estado em co-terapia com um par e a existência prévia de relação profissional, foi facilitador do desenvolvimento da intervenção especializada e, contribuiu para o meu crescimento pessoal e profissional.

Neste percurso os momentos de reflexão sobre a prática foram constantes, permitindo-me refinar a minha postura, melhorar a qualidade dos cuidados prestados e, desenvolver o autoconhecimento.

Adquiri e desenvolvi competências específicas de EEESM, nomeadamente, no incremento da consciência de mim na relação, expandindo o autoconhecimento. Este desenvolvimento pessoal e profissional refletiu-se no incremento da capacidade de identificação e gestão de emoções, sentimentos, valores ou outros fatores (pessoais ou circunstanciais) que pudessem interferir na relação terapêutica. Neste percurso surgiram impasses ou resistências que geri de forma eficaz, mantendo os limites da relação terapêutica e assegurando a integridade do processo. Considero a minha mobilização

como instrumento, favorável no espaço da relação terapêutica, com influência positiva nos resultados obtidos.

Cuidar de idosos é muito exigente, no entanto a experiência prévia, motivação e empenho foram um contributo para o estabelecimento da relação terapêutica e para a implementação da intervenção de enfermagem na PSMPI.

Encarei a supervisão como um processo de suporte e aprendizagem que proporcionou um desenvolvimento integrado das competências, refletindo sobre a prática, no sentido de promover a qualidade dos cuidados prestados.

Face a intervenções em grupo e, especificamente, à implementação da intervenção de enfermagem PSMPI, encontrava-me segundo Benner no estado de iniciada. Este percurso permitiu-me atingir o estado de perita, pois desenvolvi uma compreensão global, possuindo um conhecimento não só percetivo, mas fundamentado e aprofundado pelo conhecimento da situação concreta e contextualizada, prestando cuidados individualizados, numa perspetiva holística (Benner, 2001).

## **7. CONTRIBUTOS E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA CLÍNICA**

Consciente das necessidades da pessoa idosa e, da eficácia da intervenção de enfermagem na PSMPI, sinto que devo assumir um papel ativo na sociedade face a esta problemática. Apesar da consciência de que os resultados obtidos não possam ser extrapolados, penso que o trabalho desenvolvido possa ser um contributo para a prática clínica e, conseqüente melhoria dos cuidados prestados à pessoa idosa. Pretendo publicar um artigo sobre a intervenção de enfermagem na PSMPI relatada, contribuindo para a disseminação do conhecimento, que poderá repercutir-se na prática dos cuidados de enfermagem.

Proponho-me apresentar projetos nas juntas de freguesia, em instituições de saúde, para implementação de intervenções de enfermagem de PSMPI, proporcionando despiste e acompanhamento de situações desta natureza. Sinto como dever ético-profissional a participação ativa no desenvolvimento de intervenções especializadas perante este grupo-alvo, no sentido de melhorar a sua qualidade de vida.

Pretendo também apresentar um projeto à administração do Centro Hospitalar de Lisboa Central, de forma a implementar intervenções de promoção da saúde mental, de estimulação cognitiva em pessoas com demência. Considero que devo dar resposta a uma necessidade já identificada, que se remete para a inexistência de consulta de enfermagem, em que poderia desenvolver intervenções direcionadas à pessoa com demência, baseadas na estimulação cognitiva, bem como formação, apoio e acompanhamento dos cuidadores, promovendo a qualidade de vida de ambos.

Exerço funções num serviço de Neurologia e desenvolvo ações de promoção da saúde mental, de estimulação cognitiva, com recurso à terapia de orientação para a realidade e terapia da reminiscência. Neste âmbito pretendo monitorizar os ganhos em saúde, sensibilizar os pares para a importância de intervenções desta natureza e, através da intervenção contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.



## 8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste percurso cada etapa constituiu um desafio para a aquisição de competências específicas de EEESM.

A aquisição e desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e perícias relativos às intervenções de enfermagem de PSMPI, baseados na evidência, experiência de peritos e reflexão sobre a prática, permitiu-me desenvolver uma compreensão global e empática, intervir em contexto de grupo, tendo em conta as necessidades individuais, capacidades, motivações e interesses, numa visão holística.

Como resposta às necessidades dos idosos, construí um protocolo de intervenção de PSMPI e a sua implementação permitiu-me assumir a responsabilidade da condução de um grupo. Este processo permitiu o desenvolvimento de competências psicoterapêuticas e socioterapêuticas, com maior entendimento e aptidão para intervir junto dos idosos, bem como expandir o autoconhecimento e, simultaneamente constatar a sua exequibilidade.

A intervenção desenvolvida está em consonância com a evidência científica, que demonstra que intervenções sistematizadas imprimem ganhos em saúde para a pessoa idosa. Apesar de não ser possível a generalização dos resultados, estes realçam a manutenção ou melhoria da capacidade cognitiva dos idosos participantes, benefícios na autoestima, bem-estar, interação social, diminuição da ansiedade e, na sua satisfação.

Pelo seu potencial, considero que no futuro sirva como ponto de partida para que se desenvolvam estudos de investigação para produzir evidência que suporte a prática de intervenções desta natureza, por enfermeiros peritos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Text revision*. (4ª ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- ACS. (2008). *Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016*. Obtido em 17 de Maio de 2011, de <http://www.acs.min-saude.pt/.../plano-nacional-de-saude-mental-2007-201...>
- ACS. (2011). *Plano Nacional de Saúde 2011-2016. Gabinete técnico do PNS 2011-2016 OSS 2 - Versão discussão*. Obtido em 17 de Maio de 2011, de [http://www.acs.min-saude.pt/pns2012-2016/files/.../cs\\_17-03-2011.pdf](http://www.acs.min-saude.pt/pns2012-2016/files/.../cs_17-03-2011.pdf)
- Andrade, R., & Pedrão, L. (2005). *Algumas considerações sobre a utilização de modalidades terapêuticas não tradicionais pelo enfermeiro na assistência de enfermagem psiquiátrica*. Obtido em 1 de Junho de 2011, de <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n5/v13n5a19.pdf>
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto.
- Cabral, M. (2011). Envelhecimento Activo. In ACS. *3º Fórum Nacional de Saúde*. Obtido em 12 de Janeiro de 2012, de <http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016>
- CAMH & Toronto Public Health. (2010). *Best practice guidelines for mental health promotion programs: Older adults 55+*. Obtido em 6 de Junho de 2011, de <http://www.knowledgex.camh.net/...health/mhpromotion/>
- Cancela, D. (2007). *O processo de envelhecimento*. Trabalho realizado no estágio de complemento ao diploma de licenciatura em Psicologia. Obtido em 10 de Junho de 2011, de <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0097.pdf>
- Cardoso, A. (2010). *A utilização da música como co-adjuvante terapêutico na Saúde Mental e Psiquiatria*. Obtido em 10 de Outubro de 2011, de [http://bdigital.ufp.pt/dspace/bitstream/10284/1866/3/PG\\_16824.pdf](http://bdigital.ufp.pt/dspace/bitstream/10284/1866/3/PG_16824.pdf)
- Casa de Saúde da Idanha. (2008). *Newsletter nº 4*. Obtido em 12 de Outubro de 2011, de [http://www.irmashospitaispt/\\_anexos/csi/Newsletter%20n.4.pdf](http://www.irmashospitaispt/_anexos/csi/Newsletter%20n.4.pdf)
- Chalifour, J. (2008). *A Intervenção Terapêutica: os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda*. (Vol. 1º). Loures: Lusodidacta.

- Chambel, E. (2011). Programas de Promoção da Saúde nos Idosos. In ACS. *3º Fórum Nacional de Saúde. Lisboa*. . Obtido em 15 de Janeiro de 2012, de <http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016>
- Clara, J. G. (2011). A Saúde e o Idoso Activo. In ACS. *3º Fórum Nacional de Saúde*. Obtido em 15 de janeiro de 2012, de <http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016>
- D'Amours, G., Poissant, J., Desjardins, N., Laverdure. J., Massé, R. (2008). *Un modèle pour orienter les actions de promotion de la santé mentale et de prévention de troubles mentaux*. Obtido em 21 de Maio de 2011, de [http://ped.sagepub.com/content/15/1\\_suppl/54.full.pdf](http://ped.sagepub.com/content/15/1_suppl/54.full.pdf)
- DGS. (2004). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Obtido em 18 de Maio de 2011, de <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/1C6DFF0E-9E74.../i006346.pdf>
- Ekholm, A. (2010). *The future need for care: Results from the LEV project*. Obtido em 12 de Junho de 2011, de <http://www.sweden.gov.se/content/1/c6/15/36/57/d30b0968.pdf>
- Eloranta, S., Arve, S., Isoaho, H., Welch, A., Viitanen, M., & Routasalo, P. (2010). Quality of life and well-being. Perceptions of the psychological well-being and care of older home care clients: clients and their carers. *Journal of Clinical Nursing*, 847 – 855.
- Félix, A., & Mendes, V. (2010). *Serviço de Psicologia: Relatório de apresentação de resultados do MMS*. Lisboa: Fundação D. Pedro IV.
- Fernandes, L. (2006). Psicoterapias no Idoso. In H. Firmino. *Psicogeriatrics*. Coimbra: Almedina.
- Fernández-Prado, S., Conlon, S., Mayán-Santos, J., & Crego, M. G. (2012). *The influence of acognitivestimulationprogram on the quality of lifeperception among the elderly*. Obtido em 27 de Fevereiro de 2012, de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/>
- Fonseca, A. (2005). Aspectos psicológicos da passagem à reforma. In C. Paúl; A. Fonseca. *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fritzen, S. (2009). *Exercícios práticos de dinâmica de grupo*. Rio de Janeiro: Vozes de Petrópolis.
- Gonçalves, D., Albuquerque, P., & Martín, I. (2008). *Reminiscência enquanto ferramenta de trabalho com idosos: vantagens e limitações*. Obtido em 10 de Maio de 2011, de <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v26n1/v26n1a08.pdf>

- Grilo, P. (2009). *Doença de Alzheimer: Epidemiologia, etiologia, diagnóstico clínico e intervenções terapêuticas*. Lisboa: Coisas de Ler Edições.
- Guerra, M., & Lima, L. (2009). *Intervenção psicológica em grupos em contextos de saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Guerreiro, M. (2005). Terapêutica não farmacológica na demência. In Castro-Caldas & Mendonça. *A doença de Alzheimer e outras demências em Portugal*. Lisboa: Lidel.
- INE. (2006). *Indicadores Sociais 2005*. Obtido em 5 de Junho de 2011, de <http://www.ine.pt>.
- INE/INSA. (2009). *Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006*. Obtido em 5 de Junho de 2011, de <http://www.insa.pt>
- INE, I.P. (2011). *Censos 2011- Resultados Provisórios*. Obtido em 12 de janeiro de 2012, de [HTTP://www.ine.pt/ngt\\_server/attachfileu.jsp?look\\_parentBoui...](HTTP://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui...)
- Johnson, M.; Bulechek, G.; Butcher, H.; Dochterman, J. M.; Maas, M.; Moorhead, S.; Swanson, E. (2010). *Ligações entre NANDA, NOC E NIC: Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem*. (2ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Lima, C., & Tocantins, F. (2009). *Necessidades de saúde do idoso: perspectivas para a enfermagem*. Obtido em 7 de Janeiro de 2012, de <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n3/06.pdf>
- Lima, J. (2006). *Envelhecimento, demência e doença de Alzheimer: O que a Psicologia tem a ver com isso?* Obtido em 17 de Novembro de 2011, de <http://www.cfh.ufsc.br>
- Manes, S. (2001). *83 Jogos Psicológicos para Dinâmicas de grupos*. São Paulo: Paulus.
- Martins, R., Andrade, A., & Rodrigues, M. (2010). *A Vida... Vista pelos Idosos*. Obtido em 12 de Janeiro de 2012, de <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium39/8.pdf>
- Moreira, P., & Melo, A. (2005). *Saúde Mental: do tratamento à prevenção*. Porto: Porto Editora.
- Neuman, B., & Fawcett, J. (2010). *The Neuman system model* (Fifth Edition ed.). United State Of America: Pearson.
- Novoa, A., Juárez, O., & Nebot, M. (2008). Efficiency of the cognitive interventions in the prevention of the deterioration of the memory in the healthy elderly. *Gaceta Sanitaria*, 22, 474-482.

- OE. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise dos casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- OE. (2006). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão 1.0*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- OE. (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental*. Obtido em 10 de Maio de 2011, de [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeMental\\_aprovadoAG20Nov2010.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeMental_aprovadoAG20Nov2010.pdf)
- Padovan, M. (2010). *Dançar na Escola*. Porto: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Pais, J. (2008). As dificuldades da memória. In B. Nunes, *Memória, funcionamento, perturbações e treino*. Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusodidacta.
- Phaneuf, M. (2010). *O envelhecimento perturbado - A doença de Alzheimer (2ª ed.)*. Loures: Lusodidacta.
- Ribeiro, O., & Paúl, C. (2011). *Manual de Envelhecimento Activo*. Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Ribeiro, S. (2010). *Necessidades e Saúde Mental: Comparação das necessidades de idosas que vivem numa instituição de saúde mental, num lar de terceira idade e na comunidade*. Lisboa: Universidade de Lisboa - Faculdade de Psicologia.
- Sequeira, C. (2006). *Introdução à prática clínica*. Coimbra: Quarteto.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel.
- Soeiro, M. (2010). *Envelhecimento Português: desafios contemporâneos - Políticas e Programas sociais*. Obtido em 11 de Novembro de 2011, de [http://www.run.unl.pt/bitstream/10362/5736/1/maria\\_anjos%20\\_3\\_.pdf](http://www.run.unl.pt/bitstream/10362/5736/1/maria_anjos%20_3_.pdf)
- Spar, J., & La Rue, A. (2005). *Guia prático de Psiquiatria Geriátrica*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Stinson, C. (2009). Structured Group Reminiscence: An Intervention for Older Adults. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 521-528.

- Tardif, S., & Simard, M. (2011). Cognitive stimulation programs in healthy elderly: a review. *International Journal of Alzheimer's Disease*, 1-13.
- Tavares, L., Takase, E., Chaves, A., Schmidt, B., & Guidoni, B. (2009). *Programas de estimulação em idosos institucionalizados: efeitos da prática de atividades cognitivas e atividades físicas*. Obtido em 12 de Junho de 2011, de <http://www.efdeportes.com/>
- Townsend, M. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria - Conceitos de Cuidado na Prática Baseada na Evidência* (6ª ed.). Loures: Lusociência.
- Veríssimo, M. (2006). Avaliação multidimensional do idoso. In H. Firmino. *Psicogeriatría*. Coimbra: Editora Psiquiatria Clínica.
- Watzlawick, P., Beavin, J., & Jackson, D. (2007). *Pragmática da comunicação humana: um estudo dos padrões, patologias e paradoxos da interação*. São Paulo: Cultrix.
- WHO. (2002). *Active ageing, a policy framework - A contribution of the second united nations world assembly on ageing*. Obtido em 10 de Maio de 2011, de [http://www.who.int/hq/.../who\\_nmh\\_nph\\_02.8](http://www.who.int/hq/.../who_nmh_nph_02.8).
- WHO. (2008). *Pacto Europeu para a Saúde Mental e Bem-estar*. Obtido em 10 de Maio de 2011, de <http://www.acs.min-saude.pt/files/2008/07/pactoeuropeu-saudemental.pdf>
- Woodhouse, A. (2010). *Is there a future in mental health promotion and consultation for nurses?* Obtido em 10 de Outubro de 2011, de <http://pubs.e-contentmanagement.com/doi/abs/10.5172/conu.2010.34.2.177>

## **ANEXOS**